|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |  |
| nato a  |  | in data |  |
| residente in via |   | Comune |  |
|  |
| Codice Fiscale  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Telefono ab. |  | e-mail |  |

**CHIEDE**

Di aderire al servizio di trasporto alle Terme di Boario per l’effettuazione del ciclo di **12 cure termali da lunedì 03 a sabato 15 settembre 2018** + effettuazione visita preventiva in data **mercoledì 29 agosto alle ore 15:00** per un numero complessivo di 13 viaggi;

**TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE RICHIESTA**

* PISCINA
* INALAZIONI
* FANGHI
* AEROSOL
* MASSAGGI
* ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA IMPEGNATIVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di essere stato informato del fatto che qualora il numero di richiedenti dovesse superare la capienza massima del mezzo di trasporto messo a disposizione dal Parco delle Terme (**massimo 18 iscritti**), la mia richiesta potrebbe non essere accolta;

**SI RICORDA CHE ALL’ATTO DELL’ISCRIZIONE, È NECESSARIO ESSERE IN POSSESSO DELLA PRESCRIZIONE MEDICA CHE DOVRÀ ESSERE ESIBITA ALLO STABILIMENTO TERMALE IL GIORNO 29 AGOSTO ALLE ORE 15:00 C/O LE TERME DI BOARIO IN OCCASIONE DELLA VISITA MEDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sovere, il  |  |  | **Firma** |
|  |  |