



Città di Monte San Giovanni Campano

L'ASSESSORATO AI SERVIZI SOCIALI

ORGANIZZA UN CICLO DI

Cure Termali

PRESSO

LE TERME POMPEO DI FERENTINO

Dal 25 ottobre al 10 novembre 2017

Riservato a massimo di n. 130 cittadini residenti in questo Comune di età non inferiore ai 65 anni. Il ciclo di cure termali avrà una durata di n. 12 sedute da svolgersi dal Lunedì al Venerdì e sarà articolato in due turni:

- Mattina
- Pomeriggio.

L'unico costo da sostenere è il pagamento del ticket sanitario per i pazienti che non usufruiscono di esenzioni.

Il servizio di trasporto è a totale carico dell'Ente.

Coloro che intendono partecipare devono presentare la domanda presso l'Ufficio Servizio Sociale del Comune o allo Sportello del Cittadino dal **06 al 21 OTTOBRE 2017**

La modulistica occorrente può essere scaricata dal sito internet:

www.comune.montesangiovicampano.fr.it oppure ritirata presso lo **SPORTELLO DEL CITTADINO** e l'**Ufficio SOCIO-ASSISTENZIALE** nei giorni ed orari di apertura al pubblico e precisamente:

Ufficio Socio-Assistenziale	Sportello del Cittadino
<i>Dal Lunedì al Venerdì</i> 8,30-12,00	<i>Dal Lunedì al Venerdì</i> 8,30 - 12,00
<i>Il Martedì e il Giovedì</i> 15,00-17,00	<i>Il Martedì e il Giovedì</i> 15,00 - 17,00
<i>il Sabato</i> 9,30-11,30	<i>Il Sabato</i> 8,30 - 11,00

Alla domanda dovrà essere allegata la prescrizione rilasciata dal medico curante e la fotocopia documento di riconoscimento.

Monte San Giovanni Campano, 06.10.2017

Il Consigliere Delegato
Attività Socio Assistenziali
Passaniti Emilia

Il Sindaco
Angelo Veronesi

Al Sig. **Sindaco** del Comune di
Monte San Giovanni Campano
Ufficio Servizi-Sociali

**Oggetto: Richiesta partecipazione alle cure termali presso Terme
Pompeo di Ferentino. Anno 2017.**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a
a _____ il _____ residente a MONTE
SAN GIOVANNI CAMPANO in via _____ n. _____
Tel. _____

CHIEDE

di partecipare alle cure termali presso le **Terme Pompeo di Ferentino dal 25 ottobre al 10
novembre 2017.**

con il coniuge Sig. / Sig.ra _____ nato/a
a _____ il _____.

Preferibilmente, per tutta la durata del ciclo, turno

- mattina
- pomeriggio

Allega alla presente domanda la:

- Prescrizione rilasciata dal medico curante.
- Fotocopia documento di riconoscimento

Monte San Giovanni Campano, lì _____

Cure Termali

Firma
