



**COMUNEDIOLBIA**  
PROVINCIA DI GALLURA  
NORD EST-SARDEGNA  
*Settore Servizi alla Persona*

**Domanda di partecipazione soggiorno termale anziani ANNO "2025" ai sensi della Legge Regionale 23/2005**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER SÉ O PER**

\_\_\_\_\_ cognome e nome \_\_\_\_\_  
(relazione di parentela)

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ ( )

Via \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**Di Partecipare al soggiorno termale per anziani ai sensi della Legge Regionale 23/2005**

***N. B. leggere e sottoscrive l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina***

Allega i seguenti documenti:

- Copia del documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria
- Impegnativa per le cure termali;

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a OLBIA Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- Per sé**
- Per conto di** \_\_\_\_\_
- Nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_
- In qualità di** \_\_\_\_\_

che la famiglia del richiedente è così composta

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, ecc.)

che l'indicatore della situazione economica equivalente, di cui all'attestazione **ISEE** con validità fino al \_\_\_\_\_, è pari ad € \_\_\_\_\_

N.B.

I DATI SU RICHIESTI SONO DA ESTRAPOLARSI DALL'ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'.

Dichiara, altresì, che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Olbia potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all'art. 71 del DPR 445/2000.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di usufruire della seguente sistemazione alberghiera.

- Camera Singola
- Camera doppia
- Camera tripla

Le persone con cui desidero avere la sistemazione in camera e che dichiaro di avere preventivamente interpellato sono:

1) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ residente a Olbia via \_\_\_\_\_

2) Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ residente a Olbia via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Dichiaro che il seguente componente del mio nucleo familiare o coniuge ha presentato istanza per le attività oggetto del presente avviso: \_\_\_\_\_

Che le cure che effettuerò sono le seguenti:

### **TIPOLOGIA CURA**

- INALAZIONI
- FANGHI e BAGNI
- ALTRO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li \_\_\_\_\_

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_

