

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE SOGGIORNO TERMALE ANZIANI 2025  
ABANO TERME**

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI CORROPOLI**

**OGGETTO:** Richiesta di partecipazione al **SOGGIORNO TERMALE ANZIANI 2025**.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Telefono n° \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare al **SOGGIORNO TERMALE ANZIANI ANNO 2025**, che si terrà in località **ABANO TERME**, dal **24/08/2025** al **06/09/2025**,

**PRENDE ATTO**

- che il costo del soggiorno, per i cittadini residenti, è stabilito in base alle fasce ISEE di seguito elencate:

TARIFFE	
QUOTA MAX PRO CAPITE € 1.000,00	
ISEE	QUOTA
0 - 10.000	€ 400,00
10.001 - 18.000	€ 500,00
18.001 - 25.000	€ 600,00
OLTRE 25.000	€ 700,00
supplemento camera doppia uso singola € 15,00 al giorno	
RESIDENTI: in caso di mancata presentazione dell'isee verrà applicata la quota massima di contribuzione	
NON RESIDENTI: Quota Intera del Soggiorno	

- che l'imposta di soggiorno, a carico dei partecipanti, pari a € 3,00 giornaliera, andrà versata direttamente in Hotel.
- che i partecipanti **NON RESIDENTI** non usufruiscono delle agevolazioni e sono, pertanto, tenuti a versare la quota intera, pari a € 1.000,00 per la camera Doppia, con supplemento in caso di uso singola.

ESPRIME la propria preferenza a soggiornare in camera:

- MATRIMONIALE** con \_\_\_\_\_ (indicare il nome del compagno/a di camera)
- Doppia** con \_\_\_\_\_ (indicare il nome del compagno/a di camera)
- Doppia uso Singola.**

**Il/la sottoscritto/a, altresì, attesta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, che:**

- partecipa al soggiorno termale di cui sopra liberamente e le proprie condizioni di salute gli consentono l'effettuazione del viaggio e del soggiorno in argomento e solleva fin da ora il Comune da qualsivoglia responsabilità.
- delle iniziative personali o di gruppo non comprese nel pacchetto viaggio risponde esclusivamente il partecipante.
- di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazioni mendaci, relative alla presente richiesta o alla dichiarazione ISEE utilizzata, non si ha diritto alla partecipazione al soggiorno.
- di conoscere ed accettare che, in caso di insufficienza di posti, verrà stilata una graduatoria secondo l'ordine cronologico del versamento pari a € 150,00, a titolo di acconto, **da corrispondere entro e non oltre il giorno 30/05/2025;**
- di sapere che la partecipazione al soggiorno è condizionata al pagamento della tariffa prima della partenza, e non include, oltre quanto già precisato per il supplemento camera doppia uso singola, l'imposta di soggiorno che dovrà essere pagata in Hotel nei termini ivi previsti.

#### **AUTORIZZA**

Il trattamento dei dati personali ai sensi del combinato disposto di cui agli articoli 13 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Si allegano i seguenti documenti:

- attestazione dell'avvenuto versamento pari a € 150,00, a mezzo PagoPA;
- attestazione ISEE, redatto secondo la normativa, per la determinazione della tariffa;
- copia del proprio documento di riconoscimento;

La prescrizione medica circa le cure da effettuare andrà consegnata nella prima settimana di agosto.

Corropoli, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_