COMUNE DI GAIARINE
Provincia di TREVISO

Piazza Vittorio Emanuele II, 9 31018 GAIARINE (TV)
tel: 0434 756511 mail: info@comune.gaiarine.tv.it
C.F. 82001070265 P.IVA 01597490265

SCHEDA D'ISCRIZIONE SOGGIORNO DAL 17.08.2025 AL 30.08.2025

PARTECIPANTE	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Residente a	
In via	
tel. (obbligatorio)	

- ☐ I° settimana (17.08.2025-24.08.2025)
- ☐ II° settimana (24.08.2025-30.08.2025)

SISTEMAZIONE IN CAMERA

- ☐ Singola
- ☐ Singola con letto alla francese
- ☐ Doppia (abbinamento con: ……..…)
- ☐ Matrimoniale abbinamento con: …….)

Persona a cui rivolgersi in caso di necessità durante il periodo di soggiorno

1) _____ TEL. _____

2) _____ TEL. _____

COMUNE DI GAIARINE
Provincia di TREVISO

Piazza Vittorio Emanuele II, 9 31018 GAIARINE (TV)
tel: 0434 756511 mail: info@comune.gaiarine.tv.it
C.F. 82001070265 P.IVA 01597490265

Il partecipante Sig./a _____ Dichiara la propria autosufficienza psicomotoria e di essere esente da forme morbose incompatibili con la vita in comune.
Per effettuare la cura termale dovranno consegnare all'arrivo l'impegnativa fatta dal medico di base con dicitura di: ciclo di fangoterapia per artrosi (diagnosi) specificando se hanno esenzioni particolari del ticket. Queste cure sanno completamente gratuite (ticket a parte).
I DATI PERSONALI dei partecipanti ai soggiorni, raccolti da questa Amministrazione Comunale, saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento delle attività relative alla presente iniziativa, ai sensi della Legge n.675/96.

IL TRASPORTO IN ANDATA E RITORNO SARÀ GRATUITO AL RAGGIUNGIMENTO DI ALMENO 26 PARTECIPANTI

Data _____ Firma_____