



**COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA"**

*ECAD N. 5 "MONTAGNE AQUILANE"*

Gestione Commissario liquidatore – D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017  
Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594  
Posta certificata: [montagnalaquila@pec.it](mailto:montagnalaquila@pec.it)  
Email :[serviziosociale@hotmail.it](mailto:serviziosociale@hotmail.it);[cmamit@regione.abruzzo.it](mailto:cmamit@regione.abruzzo.it);[informazioni@sirentina.it](mailto:informazioni@sirentina.it)

Prot. 200

Barisciano, lì 11/02/2019

**Oggetto: Soggiorno Termale Anno 2019**

Si comunica che è stata trasmessa per via Mail a tutti i Comuni dell'ECAD n.5 l'avviso e lo schema di domanda per il servizio in oggetto.

Per eventuali chiarimenti in merito si prega di contattare le Assistenti Sociali:

- Ufficio 0862.89661
- Dott.ssa Diodati Gabriella 347.8147084 – Dott.ssa Iagnemma Cristina 347.8149487

Si chiede di affiggere il bando del soggiorno e confidando in un positivo riscontro si porgono distinti saluti.

Ufficio di Piano ECAD 5  
"Montagna Aquilane"



## COMUNITA' MONTANA " MONTAGNA DI L'AQUILA"

ECAD N. 5 " MONTAGNE AQUILANE"

Gestione Commissario liquidatore – D.P.G.R. n. 040 dell'19.06. 2017

Via Cavour 43/a 67021 BARISCIANO Tel. 0862/89735- 0862/89661 fax. 0862/89594

Posta certificata: montagnalaquila@pec.it

Email :serviziosociale@hotmail.it;cmamit@regione.abruzzo.it;informazioni@sirentina.it

## REGOLAMENTO DI AMMISSIONE AL SOGGIORNO TERMALE A RICCIONE ANNO 2019 DECORRENZA DAL 09.06.2019 AL 23.06.2019

- 1) POSSONO PARTECIPARE AL SOGGIORNO PERSONE AUTOSUFFICIENTI SENZA LIMITI DI ETÀ'
  - 2) IL COSTO DEL SOGGIORNO E' DI € 560 COMPRESIVO DI ALBERGO E SPIAGGIA (DUE LETTINI E UN OMBRELLONE.
  - 3) IL MODULO PER L'AMMISSIONE AL SOGGIORNO PUÒ ESSERE RITIRATO PRESSO:
    - IL COMUNE DI RESIDENZA;
    - GLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI SITI PRESSO LA COMUNITÀ MO
    - NTANA;
  - 4) LA DOMANDA DOVRA' ESSERE CORREDATA DALLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE E DOVRA' PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL **05/04/2018** SPEDITA O CONSEGNA TA ALLA COMUNITA' MONTANA "MONTAGNA DI L'AQUILA" – Ufficio Zona di Gestione 11 - VIA CAVOUR, 43/a - BARISCIANO,
    - **RICEVUTA DI VERSAMENTO** SUL CCP N. **10107670** INTES TATO A COMUNITA' MONTANA ZONA B
    - **IMPEGNATIVA DEL MEDICO CURANTE** COMPLETA DI DIAGNOSI E CURA
  - 5) IN CASO DI RECESSO L'ENTE TRATTERÀ € 100,00 DAL RIMBORSO COME CAUZIONE A COPERTURA DELLE SPESE
- N.B.:** - SI FA PRESENTE CHE SONO DISPONIBILI **SOLO 5 CAMERE SINGOLE**, LE QUALI PREVEDONO UN SUPPLEMENTO DI € 5,00 AL GIORNO DA PAGARE DIRETTAMENTE PRESSO LA STRUTTURA ALBERGHIERA E VERRANNO ASSEGNATE IN ORDINE DI ARRIVO DELLE DOMANDE.
- **PRIMA DI EFFETTUARE IL VERSAMENTO** VERIFICARE PRESSO L'ENTE LA DISPONIBILTA' DEI POSTI AL FINE DI EVITARE SUCCESSIVI DISGUIDI AVENDO LA DISPONIBILITA' DI CIRCA 50 POSTI.
  - PER MAGGIORI INFORMAZIONI È POSSIBILE RIVOLGERSI **AGLI UFFICI DEI SERVIZI SOCIALI** DELLA COMUNITA' MONTANA, - TEL. 0862/89661. DALLE ORE 10,00 ALLE ORE 12,00 DAL LUNEDI' AL VENERDI'.

Barisciano, lì 11/02/2019

Ufficio di Piano ECAD 5  
"Montagna Aquilane"

OGGETTO: Soggiorno Termale Anno 2019

\_\_\_\_\_ sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AL SOGGIORNO:

- a) TERMALE A RICCIONE
- b) MARINO A RICCIONE

DICHIARA

- 1) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- 2) Di impegnarsi ad osservare scrupolosamente le norme logistiche ed organizzative del soggiorno stabilite dall'Amministrazione;
- 3) Di sollevare l'Amministrazione stessa da qualsiasi responsabilità per perdite o danni che dovessero capitare durante il viaggio di andata e ritorno e nel periodo di soggiorno;
- 4) Ai fini del soggiorno in albergo informa di aver stabilito di occupare la camera insieme al/ alla Sig. \_\_\_\_\_;
- 5) In mancanza delle informazioni di cui sopra, si impegna ad accettare le determinazioni dell'Amministrazione;
- 6) Di essere in possesso di documento di riconoscimento valido.
- 7) Sono consapevole che in caso di recesso l'ente tratterrà € 100,00 dal rimborso come cauzione per coprire le spese
- 8) Sono consapevole che la domanda dovrà PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL **05/04/2019**.  
**(pena esclusione raggiunto 52 posti)**

Allega alla presente la Ricevuta di versamento di Euro **€560**

(c.c.p n°10107670 intestato a Comunità Montana Zona B - causale: Soggiorno Termale 2018).

NB:

- **L'impegnativa del medico** curante deve riportare la diagnosi completa per la cura richiesta e deve essere **rigorosamente presentata all'Ente**.
- In caso di **fangoterapia** munirsi di elettrocardiogramma di validità almeno di tre mesi.
- **I posti nell'autobus** verranno fissati dall'ente rispettando l'ordine di arrivo delle domande.
- Si fa presente che sono disponibili **SOLO 5 CAMERE SINGOLE**, le quali prevedono un supplemento di **€ 5,00** al giorno da pagare direttamente presso la struttura alberghiera, **che verranno assegnate ai primi richiedenti**.
- Per maggiori informazioni è possibile rivolgersi **agli uffici dei servizi sociali** della Comunità Montana, tel. 0862/89661. Dalle ore 10,00 alle ore 12,00 nei giorni di Lunedì e Giovedì.
- **Prima di effettuare il versamento** verificare presso l'ente la disponibilità dei posti onde evitare disguidi.

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)