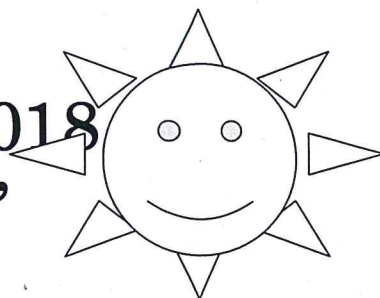




COMUNE DI MONTECARLO

Provincia di Lucca

SOGGIORNO MARINO 2018 GRUPPO TERZA ETA'



L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI

RENDE NOTO CHE

Sarà altresì valutata la possibilità di ammissione alla suddetta iniziativa di persone non autosufficienti a condizione che queste provvedano in proprio ad avere un accompagnatore.

SOGGIORNO PROPOSTO:

- soggiorno marino in Versilia - Lido di Camaiore:
- nel periodo 2/16 luglio 2018 - HOTEL GALE.

QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 560,00-(sistemazione in camera doppia)

€ 710,00-(sistemazione in camera singola)

La QUOTA comprende: *pensione completa- servizio spiaggia - assistenza accompagnatrice per tutta la durata del soggiorno- trasporto in bus A/R*

- Le domande di partecipazione dovranno essere consegnate all' UFF. PROTOCOLLO DEL COMUNE, entro il giorno **9 GIUGNO 2018** insieme alla scheda compilata dal medico curante.

- Per ritirare i moduli per le domande, e per avere ogni altra informazione sull'iniziativa, gli interessati possono rivolgersi presso:
- Assistente Sociale - tel.0583/229735- dalle ore 8,00 alle ore 13,00
- Ufficio Politiche Sociali - tel. 0583/229722- dalle ore 8,00 alle ore 13,00
(dal martedì al venerdì)

Montecarlo, maggio 2018

L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI

Ugo Lunardi

IL SINDACO

Vittorio Fantozzi

OGGETTO: Soggiorno marino 2018– Gruppo Terza età -

ANNO 2018

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI MONTECARLO

I sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____,
residente a MONTECARLO, via _____, n. c. _____
C.F. n. _____ - tel. N. _____.

CHIEDE

Di partecipare al soggiorno climatico:

- **MARINO:**

- dal 2 al 16 luglio 2018- Hotel GALE, con sistemazione in - CAMERA DOPPIA

- CAMERA SINGOLA

SI IMPEGNA A VERSARE LA QUOTA A PROPRIO CARICO PREVISTA IN € 560,00- A PERSONA (SISTEMAZIONE IN CAMERA DOPPIA) OPPURE € 710,00- (COMPRESIVO DEL SUPPLEMENTO CAMERA SINGOLA) PRESSO HOTEL "GALE" Via Verdi Lido di Camaiore te!. 0584/618094.

Allega alla presente:

1- scheda sanitaria (se presenti significative patologie e prescrizioni mediche)

MONTECARLO,.....

FIRMA

SCHEDA SANITARIA

COGNOME ----- NOME -----

NATO/A IL ----- A -----

RESIDENTE A ----- VIA/P.ZZA -----

EVENTI MORBOSI PREGRESSI

EVENTI MORBOSI IN ATTO

TERAPIE IN ATTO

nessuna fisica dietetica

farmacologica specificare -----

MOBILITA'

normale cammina con aiuto costretto in sedia

PROBLEMI APERTI

nessuno sanitari familiari assistenziali

specificare -----

eventuali altre annotazioni:

DATA

IL MEDICO CURANTE
(data a timbro)