



Comune di Spadafora  
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA  
Area Amministrativa e dei Servizi alla Persona

## **CURE TERMALI ANNO 2024**



*Si rende noto che Questa Amministrazione, nell'ambito della programmazione degli interventi a carattere sociale, in collaborazione con lo stabilimento termale situato all'interno dell'Hotel*

*Acqua Grazia di Ali Terme,*

*convenzionato con il S.S.N. , organizza il trasporto gratuito per tutti i cittadini che vorranno effettuare un ciclo di cure termali per le seguenti terapie : cure inalatorie, insufflazioni tubo-timpaniche, fango balneoterapia, balneoterapia, vasculopatie (idromassaggi) nel periodo compreso*

***dal 07 Maggio al 20 Maggio 2024.***

*Per usufruire delle cure termali è necessario che il medico di famiglia o lo specialista ASP prescriva sul ricettario regionale indicando la patologia e il ciclo di cure per la durata di 12 giorni.*

*I cittadini interessati dovranno presentare richiesta di partecipazione, su apposito modello rilasciato dall'ufficio servizi sociali, o reperibile sul sito istituzionale dell'Ente. L'istanza debitamente compilata dovrà essere consegnata a brevi manu presso l'ufficio protocollo o inviata tramite e-mail all'Ufficio protocollo al seguente indirizzo:*

*[protocollo@comune.spadafora.me.it](mailto:protocollo@comune.spadafora.me.it), entro il 30 aprile 2024.*

IL SINDACO  
f.to dott.ssa Tania Venuto

## DOMANDA DI TRASPORTO GRATUITO PER CURE TERMALI

---

Al Signor Sindaco del  
Comune di Spadafora  
per il successivo inoltro all'Hotel Acqua Grazia di Alì Terme

Il / La sottoscritt \_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telef. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter fruire del trasporto gratuito di andata e ritorno presso lo Stabilimento Termale "Hotel Acqua Grazia di Alì Terme" per le seguenti terapie:

- cure inalatorie,
- insufflazioni tubo-timpaniche
- fangobalneoterapia
- balneoterapia
- vasculopatie (idromassaggi)

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Il / La sottoscritt \_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che, contestualmente, deve munirsi della prescrizione medica per le cure termali sul ricettario dell'A.S.P. a cura del medico di base.

Il / La sottoscritt \_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs n. 96/2003.

Spadafora li \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_