**Spazio riservato:** domanda n°\_\_\_\_\_\_\_\_/2024

**Manifestazione di interesse CURE TERMALI da SOLEMINIS**

I dati raccolti saranno utilizzati agli esclusivi fini della prenotazione, in ottemperanza alla normativa per la privacy vigente

Nome\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza Via/Piazza\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\* \_\_\_\_\_\_\_Città\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Inserire tutti i dati richiesti in maniera leggibile e il n° di telefono ove siete reperibili.**

**il sottoscritto è interessato ad effettuare 1 o più delle seguenti cure termali:**

**N.B.** la convenzione SSN copre solo 1 ciclo di cure, eventuali altre cure sono a carico dell’interessato. **\*\*segnare con una crocetta le cure termali scelte**

|  |  |
| --- | --- |
| **CURE CONVENZIONATE** | **MALATTIE INDICATE** |
| 🞎 | \*\*89.90.2Ciclo di Fanghi e bagni terapeutici (n.12) | Artrosi (localizzata o diffusa), Discopatie, Periartrite cronica, Tendiniti croniche, Fibromialgia, Artrite reumatoide in fase di quiescenza, Gotta cronica, Postumi artrosici di traumi. |
| 🞎 | \*\*89.91.2Ciclo di Cure Inalatorie (n. 24) nell’arco dei 12 giorni di sedute si fanno 24 applicazioni | Riniti croniche (allergiche e vasomotorie), Sinusiti croniche, Faringiti croniche, Laringiti, Ipertrofia adenoidea e tonsillare, Sindromi rino-bronchiali croniche |
| 🞎 | \*\*89.93.3Ciclo Integr. Ventilaz. Polmonare (cure Inalatorie + ventilazione polmonare) (n.30) nell’arco dei 12 giorni di sedute si fanno 30 applicazioni | Bronchite cronica, Bronchite catarrale, Bronchite asmatiforme, Broncopneumopatia (BPCO), Bronchiectasie |
| 🞎 | \*\*89.93.2 Cura Sordità Rinogena **n.b.** con Insufflazioni solo in date programmate con otorino oppure con Politzer in reparto | Otite cronica catarrale, Otite media secretiva, Tubotimpanite catarrale, Stenosi tubarica, Distubarismo. |
| 🞎 | \*\*89.94.5 Cura postumo flebopatie cron (12)**Portare** Ecg + Ecocdop + esami sangue con glicemia, azotem, colesterolo totale e Hdl **effettuati max nei 3 mesi precedenti** | Insufficienza venosa cronica, sindrome post-flebitica  |

**ATTENZIONE: barrare anche la piscina se interessati ad usufruirne prima o dopo le cure:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🞎** | **PISCINA** | si può accedere alla piscina con fitnesscard: da lun a ven x 2 settimane tot. 30€ |

 **CURE NON CONVENZIONATE MALATTIE INDICATE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎 | Riabilitazione in acqua \*\*25’ €25/seduta | Postumi di traumi, postumi di interventi ortopedici, postumi neurologici, potenziamento muscolare |
| 🞎 | Riabilitazione in acqua \*\* 50’ €45/seduta |
| 🞎 | Massaggi terapeutici\*\* Localizz. 12’ €16/seduta  | Contratture muscolari, mobilizzazioni articolari |
| 🞎 | Massaggi terapeutici\*\*Generale 25’ €23/seduta |

I dati raccolti saranno utilizzati agli esclusivi fini della prenotazione in ottemperanza alla normativa per la privacy vigente (196/03 e GDPR/16). **Esprime il consenso e autorizza al trattamento dei propri dati**, pienamente informato delle finalità e modalità di trattamento degli stessi, rispettose dell’autorizzazione del Garante n. 2/2016.

 **Data\* Firma\***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***ATTENZIONE: ALLEGARE COPIA IMPEGNATIVA***

|  |
| --- |
| **N.B. consegnare in Comune entro il 27/06/24**oltre tale data le domande saranno accolte salvo disponibilità di postiPosti limitati. Le domande sono accolte in ordine di arrivo.In caso di esubero le domande potranno essere inserite in lista d’attesa |

**NOTA INFORMATIVA per l’utente:**

*Per dare l’opportunità di effettuare* ***un******ciclo di cure termali*** *(12 giorni)* ***in regime di pendolarismo****, si**sta**organizzando un gruppo per un* ***trasporto giornaliero*** *diretto*

|  |  |
| --- | --- |
| **Data Inizio cure:** | **8 luglio** |

Posti limitati. Le domande saranno accolte in ordine di arrivo.

Il servizio sarà attivato se perverranno un numero di adesioni sufficiente

Le domande in esubero saranno poste in lista d’attesa.

**Il servizio è rivolto alle persone che necessitano di cure termali per patologie accertate dal proprio medico curante.**

**Le cure sono erogate in regime di convenzione dal Servizio Sanitario Nazionale.**

È a carico dell’utente il **ticket** che sarà pagato direttamente presso le Terme**:**

* di **3,10 €** (per tutta la durata del ciclo di cure) per gli **esenti per età e reddito o per invalidità;**
* di **55,00 €** (per tutta la durata del ciclo di cure) per i **non esenti**.

Per partecipare è necessario:

1. **la prescrizione del medico di famiglia per il ciclo di cura indicato per la propria patologia;**
2. **compilare l’apposito modulo disponibile in Comune e ivi consegnarlo entro il 25.06.24 ALLEGANDO copia impegnativa**

I trattamenti si effettueranno dal lunedì al sabato, per 2 settimane (tot.12 gg.)

La domenica il centro termale rimane chiuso

Il programma di massima previsto è il seguente:

-Partenza la mattina con autobus dedicato;

- arrivo a Sardara, effettuazione delle cure presso il centro termale;

- relax presso il patio, i giardini e le sale climatizzate della struttura;

- rientro in autobus fine mattina.

I partecipanti effettueranno le cure secondo le indicazioni date al momento dell’accettazione presso la reception; gli utenti in attesa del loro turno possono godersi il relax presso i giardini, il dehor della struttura, il bar e le altre sale climatizzate.

Il **1° giorno** verrà eseguita la **visita medica di ammissione** per cui **la partenza sarà 1 ora prima rispetto a quella dei giorni successivi**.

**Il programma dettagliato verrà comunicato con lettera/riunione dopo le adesioni**

**Per info terapie rivolgersi al 3939265467 (referente terme)**