

**Spazio riservato:** domanda n° \_\_\_\_\_/2019

MODULO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

**SOGGIORNO**

con CURE TERMALI da NURAMINIS

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**

<input type="checkbox"/>	12 Fanghi e bagni terapeutici **	Artrosi (localizzata o diffusa), Discopatie, Periartrite cronica, Tendiniti croniche, Fibromialgia, Artrite reumatoide in fase di quiescenza, Gotta cronica, Postumi artrosici di traumi.
<input type="checkbox"/>	12 Bagni terapeutici**	Stesse indicazioni dei fanghi (si effettuano in piscina terapeutica con assistenza del terapeuta)
<input type="checkbox"/>	24 Cure Inalatorie**	Riniti croniche (allergiche e vasomotorie), Sinusiti croniche, Faringiti croniche, Laringiti, Ipertrofia adenoidea e tonsillare, Sindromi rino-bronchiali croniche
<input type="checkbox"/>	Ciclo Integr. Ventilaz. Polmonare** (cure Inalatorie + ventilazione polmonare) 30 sedute	Bronchite cronica, Bronchite catarrale, Bronchite asmatiforme, Broncopneumopatia (BPCO), Bronchiectasie
<input type="checkbox"/>	24 Cura Sordità Rinogena**	Otite cronica catarrale, Otite media secretiva, Tubotimpanite catarrale, Stenosi tubarica, Distubarismo.
<input type="checkbox"/>	12 Cura postumo flebopatie cron.**	Insufficienza venosa cronica, sindrome post-flebitica
<input type="checkbox"/>	12 Cure Idropiniche**	Dispepsia gastroenterica e biliare, Colecistite cronica, Gastrite cronica, Gastroduodenite cronica, Colopatia funzionale

**CURE NON CONVENZIONATE**

**MALATTIE INDICATE**

<input type="checkbox"/>	Riabilitazione in acqua ** (Idrochinesiterapia)	Postumi di traumi, postumi di interventi ortopedici, postumi neurologici, potenziamento muscolare nell'anziano
<input type="checkbox"/>	Massaggi terapeutici**	Contratture muscolari, mobilizzazioni articolari

**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.

**Data\***

**Firma\***

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: ALLEGARE IMPEGNATIVA!**

**N.B. consegnare in Comune al Protocollo entro il 15 Maggio 2019**

oltre tale data le domande saranno accolte salvo disponibilità di posti

Il servizio sarà attivato qualora perverranno un numero di adesioni sufficiente