

Spazio riservato: domanda n° _____/2018

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 asmatiche, 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, Colonpatia 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 20 Aprile 2018

oltre tale data le domande saranno accolte salvo disponibilità di posti

Il servizio sarà attivato qualora perverranno un numero di adesioni sufficiente