

All'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale  
(ASUFC)  
Via Pozzuolo 330  
33100 Udine

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione per la fruizione di Cure Climatiche/  
CureTermali/Soggiorno terapeutico ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25, artt. 3 - 4 - 5  
per l'anno **2024**.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_ Tel. n. \_\_\_\_\_

avvalendosi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,  
consapevole delle sanzioni previste dall'articolo 76 e della decadenza dei benefici prevista  
dall'articolo 75 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua  
responsabilità

#### **DICHIARA**

DI ESSERE TITOLARE DI (barrare la voce che interessa):

- PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA PROVVISORIA/DEFINITIVA per causa di guerra a decorrere dal \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- PENSIONE PRIVILEGIATA ORDINARIA PROVVISORIA/DEFINITIVA per malattie riconosciute dipendenti da causa di Servizio a decorrere dal \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- PENSIONE TABELLARE (equiparabile alla Pensione Privilegiata Ordinaria) per infermità contratte durante il periodo di Leva a decorrere dal \_\_\_\_\_ categoria \_\_\_\_\_
- che le copie dei documenti presentati a corredo della domanda sono conformi all'originale

#### **CHIEDE**

Che gli venga concessa la seguente prestazione aggiuntiva di assistenza:

- Un ciclo di Cure Climatiche presso \_\_\_\_\_
- Un ciclo di Cure Termali
- Un soggiorno terapeutico presso \_\_\_\_\_
- Senza accompagnatore
- Con accompagnatore Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

### **ALLEGA**

- "Referto e proposta del Medico di Medicina Generale";
- solo per la prima volta copia del Verbale con indicazione delle invalidità e del Decreto di pensione privilegiata
- copia di un documento di identità valido

### **È INFORMATO CHE**

- Le prestazioni sanitarie sono erogate in correlazione alla patologia invalidante;
- Lo stabilimento termale dovrà essere regolarmente convenzionato per l'erogazione delle cure richieste;
- La presente domanda va presentata dal 01.02.2024 al 15.03.2024

### **AUTORIZZA**

l'ASUFC a trattare i Suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016 e d.lgs. 196/2003, come modificato dal d.lgs. 101/2018).

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_