



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

**OGGETTO:** Richiesta di autorizzazione per la fruizione di Cure Climatiche/ Cure Termali/Soggiorno terapeutico ai sensi della L.R. 27 novembre 2001 n. 25, artt. 3 – 4 – 5 per l'anno **2026**.

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 \_\_\_\_\_

## **ALLEGÀ**

- "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 con il SSN per l'erogazione delle cure richieste;
- La presente domanda va presentata dal 01.02.2026 al 15.03.2026

## **AUTORIZZA**

I'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* \_\_\_\_\_