



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**  
**U.O. SPORTELLO UNICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

appartenete alla categoria n° \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_  
(la categoria di pensione e l'infermità, vanno desunte dal Mod. 69)

## CHIEDE

SOGGIORNO TERAPEUTICO

CURA CLIMATICA

In località:

- Marina
- Lacustre
- Collinare (max 500 metri)
- Media montagna (501 metri - 800 metri)
- Montagna (801 metri - 1200 metri)
- Alta montagna (oltre 1200 metri)

CURA IDROPINICA c/o \_\_\_\_\_  
(Detta cura è ammessa in opzione al soggiorno con esclusione di qualsiasi altra terapia termale)

CURE TERMALI c/o \_\_\_\_\_

CON ACCOMPAGNATORE

SENZA ACCOMPAGNATORE

Ferrara, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
Timbro per ricevuta

N.B. Allegare sempre la certificazione del medico curante.