

COD. _____

(spazio riservato alla C.E.T.I.M.A.)

Spett. le **C.E.T.I.M.A.**

via Marinella, 27

91100 TRAPANI

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ cap _____

via/p.zza _____ nr. _____

tel. ab. _____ cell. _____

CHIEDE

in base a quanto previsto dall'art. 7 punto h) del C.I.P. 22/05/07, di essere ammesso a fruire

di **CURE TERMALI** (fanghi, massaggi e inalazioni) che si terranno

ad _____ dal giorno _____ al giorno _____.

DICHIARA che alla data odierna è alle dipendenze dell'impresa

Allega la seguente documentazione:

- 1. Certificato del medico curante (leggibile), attestante la patologia e il tipo di cura necessaria** (SPECIFICARE: fanghi, massaggi e inalazioni);

Il sottoscritto, in caso di rinuncia della prestazione, AUTORIZZA la C.E.T.I.M.A. a rivalersi sul proprio conto ferie per le spese già sostenute a seguito della domanda.

Sicuro di un benevole accoglimento della presente, si porgono distinti saluti.

DATA

FIRMA