



COMUNE DI CAIVANO
CITTA' METROPOLITANA DI NAPOLI

Modulo cure termali

Al Responsabile del Settore Politiche sociali
Dott.ssa Carmela Ponticelli

**Istanza di partecipazione alle "Cure Termali Telese Terme"
Stagione 2022**

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____
_____ prov.(____), il _____ e residente in
_____ prov.(____), alla Via _____, n. _____ codice
fiscale _____, **recapito telefonico obbligatorio**

CHIEDE

Per sé o per il figlio minore.....
alla S.V., di partecipare al SOGGIORNO TERMALE presso la Località di TELESE TERME,
organizzato in favore dei cittadini del Comune di Caivano (adulti, famiglie e minori accompagnati
da almeno un genitore).

- ❖ dal 7 luglio al 20 luglio 2022 ad esclusione della domenica con visita medica di ammissione alle cure;

Dichiara sotto la propria responsabilità:

- ✓ di essere autosufficiente;
- ✓ di essere a conoscenza del programma e delle disposizioni dell'Avviso Pubblico;
- ✓ di sollevare il Comune da ogni forma di responsabilità.

Allega alla presente i seguenti documenti

1. Ricetta del medico di famiglia, (ricetta rossa) che comprende i seguenti dati: dati anagrafici completi; codice di esenzione; ciclo di cura completo di codice I.D. nazionale come da circolare SOGEI; diagnosi;
2. Copia fotostatica della Tessera Sanitaria;
3. Copia fotostatica del Documento di riconoscimento in corso di validità;
4. ECG recente (max 2 mesi) per chi effettua cure fango-balneoterapiche ed idromassaggi.

I dati personali e sensibili comunicati dai richiedenti saranno trattati nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia (D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.) ed utilizzati per le finalità proprie di cui al presente avviso e per quelle demandate dalla norma in vigore.

Caivano, li _____

Firma

CODICI PRESTAZIONI TERMALI	PATOLOGIE TRATTABILI
<p>89.90.2 FANGO E BAGNO TERAPEUTICO CON QUESTA PRESCRIZIONE UN CICLO DI IDROMASSAGGI IN OMAGGIO)</p> <p>N.B.: PER QUESTA TERAPIA E' NECESSARIO PRESENTARE UN ECG RECENTE (max 2/3 mesi)</p>	<p>OSTEOARTROSI/ ARTROSI DIFFUSE CERVICOARTROSI/ LOMBOARTROSI ARTROSI AGLI ARTI DISCOPATIA SENZA ERNIAZIONE E SENZA SINTOMATOLOGIA DA IRRITAZIONE O DA COMPRESSIONE NERVOSA ESITI DI INTERVENTI PER ERNIA DISCALE CERVICALGIE DI ORIGINE REUMATICA PERIARTRITE SCAPOLO-OMERALE ARTRITE REUMATOIDE IN FASE DI QUIESCENZA ARTROSI, POLIARTROSI ESITI DI REUMATISMO ARTICOLARE OSTEOPOROSI PERIARTRITE SPONDILITE ANCHILOPOIETICA/SPONDILOARTROSI E SPONDILOLISTESI REUMATISMI EXTRA-ARTICOLARI REUMATISMI INFIAMMATORI IN FASE DI QUIESCENZA FIBROSI DI ORIGINE REUMATICA TENDINITI DI ORIGINE REUMATICA LOMBALGIE DI ORIGINE REUMATICA FIBROSITI FIBROMIOSITI</p>
<p>89.90.4 BAGNO PER MALATTIE DERMATOLOGICHE</p>	<p>PSORIASI IN FASE DI QUIESCENZA ECZEMA COSTITUZIONALE ECZEMA DA CONTATTO DERMATITE SU BASE ALLERGICA ACNE DERMATITE SEBORROICA</p>
<p>89.91.2 SEDUTA INALATORIA</p>	<p>RINITE VASOMOTORIA/RINITE ALLERGICA RINITE CRONICA CATARRALE/ R.CRONICA/R.CATARRALE RINITE CRONICA PURULENTA RINITE CRONICA ATROFICA RINITE IPERTROFICA/R.IPERERGICA/R.SECRETIVA/R.PERENNE FARINGITE CRONICA/LARINGITE CRONICA TONSILLITE RECIDIVANTE RINOFARINGITE CON INTERESSAMENTO ADENOIDEO ADENOIDITE CRONICA/CORDITE NEI VARI TIPI FARINGO-LARINGITE/FARINGO-TONSILLITE CRONICA IPERTROFIA ADENO-TONSILLARE SINUSITE CRONICA/S. ALLERGICA/S. CR. RECIDIVANTE PANSINUSITE/POLIPO-SINUSITE RINOETMOIDITE/RINOSINUSITE SINUSITI IPERPLASTICHE SINDROMI RINOSINUSITICHEBRONCHIALICRONICHE</p>
<p>89.92.2 IRRIGAZIONE VAGINALE + BAGNO</p>	<p>ANNESSITE ESITI DI INTERVENTI CHIRURGICI DELL'APPARATO GENITALE INFIAMMAZIONI PELVICHE SALPINGITE STERILITA' SECONDARIA A MALATTIE INFIAMMATORIE PELV. O INTERVENTI CHIRURGICI ENDOMETRITI/ FIBROMIOMATOSI UTERINE METRITI/ OVARITI</p>
<p>89.93.2 SEDUTA DEL CICLO DELLA SORDITA' RINOGENA</p>	<p>OTITE CATARRALE CRONICA/ OT. SIEROSA/OT. MUCOSA SORDITA' RINOGENA/MISTA TUBOTIMPANITE/IPOACUSIA/OTOPATIA OTITE PURULENTA CRONICA</p>
<p>89.93.3 SEDUTA DEL CICLO DI CURA INTEGRATO DELLA VENTILAZIONE POLMONARE CONTROLLATE</p>	<p>BRONCHITE CRONICA SEMPLICE/IPERSECRETIVA/ENFISEMATOSA/ASMATIFORME B.P.C.O./BRONCHIECTASIE BRONCOPATIA CRONICA/OSTRUTTIVA BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA AMATIFORME O SPASTICA TRACHEOBRONCHITE CRONICA</p>
<p>89.94.5 SEDUTA DEL CICLO DI CURA DEI POSTUMI DI FLEBOPATIE CRONICHE CON NOTA</p> <p>N.B.: PER QUESTA TERAPIA E' NECESSARIO PRESENTARE UN ECG RECENTE (max 2/3 mesi)</p>	<p>POSTUMI DI FLEBOPATIE DI TIPO CRONICO INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA VARICI ARTI INFERIORI VASCULOPATIA CRONICA ARTI INFERIORI ESITI O POSTUMI DI INTERVENTO CHIRURGICO VASCOLARE PERIFERICO</p>