



COMUNE DI VIGARANO MAINARDA

PROVINCIA DI FERRARA

Ufficio Servizi alla persona sociali e sanitari

Comune.vigarano@cert.comune.vigarano.fe.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA "CONSULTA COMUNALE PER L'INCLUSIONE".

Il sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____ e residente a _____ in Via/Piazza/C.da

C.F. _____ in qualità di Rappresentante di:
Associazione _____
Ente _____
Istituzione _____
Cooperative _____

Con sede in.....via.....P.I.....

CHIEDE di essere ammesso all'assemblea della "Consulta Comunale dell'Inclusione" e a tal fine designa a rappresentare in seno alla consulta il/la Sig./ra _____ email _____ cell. _____ e in qualità di sostituto il/la Sig./ra _____. Si allega fotocopia carta d'identità delle persone designate.

DICHIARA

- di operare già nell'ambito del territorio comunale nell'integrazione sociale delle persone con disabilità e con fragilità
- di impegnarsi ad operare nel territorio comunale nell'integrazione sociale delle persone con disabilità e con fragilità

(barrare una delle due caselle)

Vigarano Mainarda, li _____ FIRMA _____

Il sottoscritto _____ ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata all'avviso.

Letto, confermato e sottoscritto Li _____ FIRMA _____