

Alla c.a. del Sindaco
Dell'Assessore per le pari opportunità
p.c. Ufficio Sociale

MODULO ISCRIZIONE CONSULTA DELLE DONNE

Il /la sottoscritto/a _____ nato a _____
Il _____, e residente a _____ Provincia _____
via _____ n _____
Recapito telefonico _____
e-mail _____

CHIEDE

DI ADERIRE ALLA CONSULTA COMUNALE DELLE DONNE DI COLLESANO ISTITUITA CON DELIBERAZIONE DI CONSIGLIO COMUNALE N. 40 del _09/10/2023_

Dichiara ai sensi e per gli effetti del DPR n.445/2000:

- DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLO STATUTO APPROVATO CON DELIBERAZIONE _40_ DEL 09/10/2023_
- DI AVERE LETTO IL REGOLAMENTO DELLA CONSULTA DONNE
- DI IMPEGNARSI A PARTECIPARE ALLE ASSEMBLEE ED ALLE ATTIVITÀ PROMOSSE DALLA CONSULTA

Ai sensi del D.LGS N. 196/2003, SI AUTORIZZA L'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ STRUMENTALI ALL'ATTIVITÀ DEL COMUNE E PER USO ESCLUSIVAMENTE INTERNO

COLLESANO _____

Il Richiedente
