

Da presentare su carta intestata dell'Organizzazione richiedente all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Gallarate

ISTANZA DI ADESIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALL'INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI PRIVATI E DELLE FORMAZIONI SOCIALI INTERESSATI A PARTECIPARE AL PERCORSO DI CO-PROGRAMMAZIONE CON L'UFFICIO DI PIANO DELL'AMBITO DI GALLARATE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL NUOVO PIANO DI ZONA 2021/2023.

AMBITO TERRITORIALE di GALLARATE (VA)

Il/Lasottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. ____

C.F. _____

In qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE dell'Organizzazione denominata

Avente sede legale a _____

in via _____ n. _____

P.IVA/CF _____ Tel. _____

e-mail _____

PEC _____

Ente del Settore come definito ai sensi del Decreto Legislativo 3/7/2017, n. 117 e ss.mm.ii
(Breve descrizione dell'attività svolta:

_____)

Avendo preso visione della Manifestazione in oggetto descritta

CHIEDE

Di poter partecipare al percorso di co-programmazione per l'individuazione degli obiettivi del nuovo Piano di Zona 2021/2023

A tal fine

DICHIARA

La disponibilità a partecipare agli incontri dei seguenti Tavoli Tematici:

- POVERTA' – INTEGRAZIONE E MULTIETNICITA' – SALUTE MENTALE – PREVENZIONE DIPENDENZE;
- ANZIANI;
- PERSONE CON DISABILITA';
- MINORI E FAMIGLIE;

Da presentare su carta intestata dell'Organizzazione richiedente all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Gallarate

Di seguito indica i nominativi dei referenti autorizzati a partecipare agli incontri in nome e per conto dell'Organizzazione:

Referente Tavolo Tematico:

POVERTA' – INTEGRAZIONE E MULTIETNICITA' – SALUTE MENTALE – PREVENZIONE DIPENDENZE

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO:

Via _____ n. _____

Città _____

tel. _____ Cell. _____

e-mail

PEC _____

ANZIANI

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO:

Via _____ n. _____

Città _____

tel. _____ Cell. _____

e-mail

PEC _____

PERSONE CON DISABILITA'

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO:

Da presentare su carta intestata dell'Organizzazione richiedente all'Ufficio di Piano dell'Ambito di Gallarate

Via _____ n. _____

Città _____

tel. _____ Cell. _____

e-mail

PEC _____

MINORI E FAMIGLIE

NOME _____

COGNOME _____

INDIRIZZO:

Via _____ n. _____

Città _____

tel. _____ Cell. _____

e-mail

PEC _____

Data _____

Firma del Legale Rappresentante

All. Carta d'identità