All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di SAN VERO MILIS

SPAZIO AGGREGAZIONE 2025

rivolto a OVER 60

MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO

_l_sottoscritt_____ nato a _____ il _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente in_____

via/piazza_____ cell._____

e-mail_____

CHIEDE DI POTER PARTECIPARE

ALLO SPAZIO DI AGGREGAZIONE

A tal fine, consapevole della responsabilità morale e penale che assume con le proprie dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver preso visione dell'informativa inerente il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse al presente procedimento inserita nel sito ufficiale del Comune (www.comune.sanveromilis.or.it) e di averla compresa in tutte le sue parti.

San Vero Milis, _____ Firma_____

(allegare doc. ident.)

****

MODULO DA PRESENTARE DIRETTAMENTE ALLE OPERATRICI DELLO SPAZIO DI AGGREGAZIONE
FASCIA ORARIA ADULTI : IL LUNEDI' E IL MERCOLEDI' DALLE 15.30 ALLE 18.30