



COMUNE DI GIOIA DEL COLLE
Area Metropolitana di Bari

Alla c. a.

Sindaco
Assessore Politiche Sociali
Presidente del Consiglio comunale
Direttore dell'Area Servizi alla Persona
COMUNE DI GIOIA DEL COLLE (BA)

Oggetto: **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA CONSULTA COMUNALE SULLA DISABILITA'**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Cod. fisc. _____ residente in _____
prov. _____ via _____ n. _____ in qualità di legale
rappresentante/referente dell'organizzazione professionale/imprenditoriale _____

_____ con sede in _____ Via _____ ;

recapito telefonico _____ ;

Email/Pec _____ ;

Presa visione del vigente Regolamento della Consulta per i diritti delle persone con disabilità,
approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 87 del 29/11/2022;

CHIEDE DI PARTECIPARE

alla **CONSULTA COMUNALE SULLA DISABILITA'**

Dichiara quanto di seguito specificato:

Designa quale referente/rappresentante dell'organizzazione professionale/imprenditoriale in seno alla

Consulta il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ e residente a _____ prov. _____

alla via _____

Data _____

Firma

Allegati:

- documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- atto di nomina del referente/rappresentante dell'organizzazione professionale/imprenditoriale, munita di sottoscrizione per accettazione del designato;
- documento di identità in corso di validità del referente/rappresentante designato.