



## COMUNE DI COLLESANO

*Città Metropolitana di Palermo*

Via Vittorio Emanuele n° 2 – CAP 90016

Tel: 0921661104/0921661158 - Fax: 0921661205 - C.F.: 82000150829 - P.IVA: 02790570820

**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

\_\_\_\_\_