



**Istanza di partecipazione
Rete Territoriale per la protezione e l'inclusione sociale**

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ in rappresentanza di _____

con sede in via _____

Tel. _____ Cell. _____

mail: _____

PEC: _____

DICHIARA

Che l'organizzazione è :

- Associazioni di volontariato
- Associazioni di promozione sociale
- Associazioni di solidarietà sociale
- Imprese Sociali- Cooperative sociali
- Reti associative
- Associazioni di categoria, professionali e del mondo della cooperazione
- Organizzazione sindacale
- Organismi della Formazione professionale
- Società di Muto Soccorso
- Ente filantropico
- Centri provinciali per l'istruzione adulti
- Centri per l'impiego
- USSM
- UEPE
- Osservatorio dispersione scolastica
- Università e centri di ricerca
- Altro (specificare) _____

CHIEDE

Che l'organizzazione rappresentata possa partecipare ai Tavoli Tematici per la programmazione delle risorse afferenti al Distretto Socio-sanitario 46, esprimendo altresì la preferenza per le seguenti aree tematiche per le programmazioni future:

- Area Povertà ed Inclusione Sociale;

- Area Disabilità e non autosufficienza;
- Area Famiglia – Minori – Anziani.

Dichiara, altresì, di delegare **QUALE MEMBRO EFFETTIVO**

Dott./Dott.ssa _____
Tel. _____ Cell. _____ Mail: _____
PEC: _____

QUALE MEMBRO SUPLENTE

Dott./Dott.ssa _____
Tel. _____ Cell. _____ Mail: _____
PEC: _____

dando atto che, in relazione all'organizzazione ed al funzionamento del Distretto Socio Sanitario, il delegato è in possesso dei requisiti di professionalità e rappresentatività dell'Ente di appartenenza, requisiti necessari alla designazione quale componente della Rete territoriale.

Data e luogo _____

FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE

Allega copia documento di riconoscimento in corso di validità