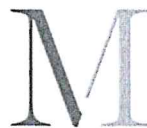




UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo

PON
INCLUSIONE



MINISTERO del LAVORO
e delle POLITICHE SOCIALI



DISTRETTO SOCIO SANITARIO 16
COMUNI DI CATANIA – MISTERBIANCO – MOTTA S. ANASTASIA
COMUNE CAPOFILA CATANIA
Via Card. Dusmet, 141
Tel. 095/7422627 Fax 095/7422645
Cod. Fisc. : 93135950876
E mail: distrettosociosanitario16@comune.catania.it

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

DELEGATO EFFETTIVO

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a 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

- ☐ Università di Catania
☐ Osservatorio dispersione scolastica
☐ Altro (specificare) _____

Dichiara, altresì, di delegare QUALE MEMBRO EFFETTIVO

Dott./Dott.ssa _____

Tel. _____ **Cell.** _____ **Mail:** _____

PEC: _____

QUALE MEMBRO SUPPLENTE

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.

FIRMA E TIMBRO DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ENTE

Data e luogo _____