

**Al Sindaco del Comune di
Gravina in Puglia**

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA CONSULTA COMUNALE PER LA
DISABILITA' DEL COMUNE DI GRAVINA IN PUGLIA (BA)

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a _____ il _____
residente in: _____ via/piazza _____
recapito telefonico _____ fax _____ email _____
in qualità di rappresentante legale della associazione/organizzazione/ente
(specificare l'esatta denominazione) _____

con sede legale/operativa in _____ () via _____
recapito telefonico _____ fax _____ email _____
sito internet _____ codice fiscale/partita IVA _____

CHIEDE

di partecipare alla **Consulta Comunale per la Disabilità** istituita con deliberazione del Consiglio Comunale di Gravina in Puglia n. 53 dell'11/12/2018 in qualità di:

- Associazione** operante nel territorio comunale per l'integrazione sociale delle persone disabili e delle loro famiglie
- Organizzazione sindacale** operante nel territorio comunale
- Organizzazione professionale e/o imprenditoriale** operante nel territorio comunale

DESIGNA

i seguenti rappresentanti quali componenti della Consulta (*n. 3 rappresentanti per ogni associazione, n. 1 rappresentante per ogni organizzazione sindacale, n. 1 rappresentante per ogni organizzazione professionale e/o imprenditoriale*):

- 1) sig. _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n _____, recapiti
tel. _____ email _____
- 2) (*solo se associazione*) sig. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n _____
- 3) (*solo se associazione*) sig. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n _____

_____, _____
luogo e data

firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali per le finalità relative alla partecipazione alla Consulta comunale per la disabilità sulla base di quanto previsto dal D.Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

_____, _____
luogo e data

firma

Allegati: Scheda informativa (solo per le associazioni)

SCHEMA INFORMATIVA ASSOCIAZIONI

(solo per le associazioni operanti nel territorio comunale per l'integrazione sociale delle persone disabili e delle loro famiglie)

DENOMINAZIONE E RECAPITI

NUMERO ASSOCIATI, ORGANIGRAMMA E CARICHE SOCIALI

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITA' SVOLTE

SETTORE PREVALENTE DI ATTIVITA' (indicare con una x l'ipotesi che ricorre)

- disabilità fisiche
- disabilità intellettive
- disabilità sensoriali uditive
- disabilità sensoriali visive

ALTRE INFORMAZIONI RITENUTE D'INTERESSE

Allegare copia dell'atto costitutivo dell'Associazione

(se già in possesso dell'Amministrazione comunale indicarne di seguito i riferimenti

_____)

_____, _____
luogo e data

firma