

Roma, .../.../....

Spettabili:

- Presidente della Consulta delle persone con disabilità
- Presidente del Consiglio Municipio

MUNICIPIO IX ROMA EUR

OGGETTO: MODULO DI ISCRIZIONE DEI CITTADINI ALLA CONSULTA PER I DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA'- MUNICIPIO IX

La/Il sottoscritto/a, chiede di essere iscritta/o alla Consulta per i Diritti delle Persone con Disabilità di questo Municipio, in qualità di:

(barrare le informazioni richieste come da Regolamento)

- Persona con disabilità*
- Familiare (inserire il nome della persona Disabile che si rappresenta)*
- Caregiver (inserire il nome della persona Disabile che si rappresenta)*
- Amministratore di sostegno (inserire il nome della persona Disabile che si rappresenta)*

Allega fotocopia del documento d'Identità.

Autorizza il trattamento dei dati personali *SI*
NO

Dichiara espressamente di aver letto e di accettare in toto il Regolamento della Consulta per i Diritti delle Persone con Disabilità' come da Delibera Consiliare n. 36 del 30 maggio 2019

E-mail:

Recapito telefonico:

Firma

.....

In riferimento al D.lgs 196/03, si autorizza l'utilizzo dei dati personali e professionali per esigenze di selezione e di comunicazione.