AL SINDACO

DEL COMUNE DI MONTESANO SULLA MARCELLANA

Il sottoscritto (Cognome)……………………..(Nome) ………………………

nato a…………….…. il ………………residente in…………………………..

in via……………………………….………. N………………………………..

tel…………..………. cell. …………….……………………………………….

e-mail …………………………………………………………………………..

chiede di far parte della

CONSULTA SANITA’ LOCALE possedendo specifiche competenze.

A tal fine dichiara di possedere almeno uno dei seguenti requisiti:

* di essere residente a Montesano Sulla Marcellana
* svolgere la propria professione anche in Montesano Sulla Marcellana
* di rappresentare la seguente Associazione/ persona giuridica/ente con sede in Montesano Sulla Marcellana e avente nel proprio oggetto sociale la tematica inerente il ruolo della consulta e che svolga la propria attività prevalente sul sul territorio di Montesano Sulla Marcellana;

Dichiara altresì:

* di possedere interesse, conoscenza, studio nelle materie trattate dalla Consulta come di seguito enunciato :

………………………………………………………………………………….

* di autorizzare il Comune di Montesano Sulla Marcellana al trattamento dei propri dati personali, ai sensi della vigente normativa sulla privacy.

In fede

eventuale allegato contenente curriculum e descrizione delle proprie conoscenze