



Comune di Carovigno

Provincia di Brindisi

Via G. Verdi, 1 – 72012 Carovigno (BR)

protocollo.comune.carovigno@pec.rupar.puglia.it

ALLEGATO - A -

DESIGNAZIONE RAPPRESENTANTI ASSOCIAZIONI IN SENO ALLA CONSULTA COMUNALE PER LA DISABILITA'

Al Sig. Sindaco
del Comune di Carovigno

protocollo.comune.carovigno@pec.rupar.puglia.it

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome)
nato/a _____ (prov. ____) il _____
e residente a _____ (prov. ____) in
via/piazza _____ n. ____ c.a.p. _____
telefono _____ e/o indirizzo Pec _____
(se posseduto). Codice fiscale n. _____, in qualità di legale
rappresentante dell'Associazione _____,
con sede in Carovigno, che opera nel settore della disabilità;

DESIGNA

Quale rappresentante dell'Associazione _____, in seno alla
Consulta comunale per la disabilità del Comune di Carovigno, il socio
sig _____, nato a _____, il _____,
che accetta.

Data, _____

Firma

(legale rappresentante dell'Associazione)

Firma per accettazione del socio designato

Allega alla presente:

- ✓ Atto costitutivo dell'associazione;
- ✓ Statuto dell'associazione.