



COMUNE DI FONTE NUOVA
PROVINCIA DI ROMA

SERVIZI PER IL SOCIALE

Spett.le Carlo Ferri ONLUS
Via Aldo Moro 41
00015 Monterotondo

Oggetto: Programma “Prenditi cura di te”

La sottoscritta (cognome) _____ (nome) _____
nata il _____, a _____ Prov. (_____) residente in
_____ via _____ n. _____ CAP
_____ Prov. _____ CF _____
Tel. _____ Fax _____ mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare gratuitamente delle prestazioni erogate dalla Vostra struttura riguardo il programma “Prenditi cura di te” destinato alle donne che abbiano già compiuto 40 anni di età.
Tale modulo deve essere riconsegnato a: cpasserani@fonte-nuova.it entro e non oltre il 31/12/2025, allegando copia D. Identità’

A tal fine, ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 nonché delle conseguenze di cui all’art. 75 del sopracitato Decreto,

Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Fonte Nuova li, _____

In fede

Il Responsabile del Settore Servizi Sociali
Fulvia Moriconi

L’ Assessore ai Servizi Sociali
Cecilia Vitelli