Al Sig. Sindaco del Comune di CARINI

ISTANZA DI ADESIONE ALLA CONSULTA COMUNALE PER LA PIENA INTEGRAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____, via_____

Tel _____ mail/pec _____

in qualità di

- singolo cittadino
- rappresentante ETS denominata _____
- rappresentante associazione di rappresentanza delle persone con disabilità denominata

_____

CHIEDE

di aderire alla Consulta Comunale per la piena integrazione delle persone con disabilità del Comune di CARINI.

Si allega:
- nel caso di singoli cittadini
  - copia del documento di identità
- nel caso di ETS:
  - copia del documento di identità del Legale Rappresentante
  - copia dello Statuto e dell'Atto Costitutivo
  - attestazione di iscrizione al RUNTS
  - dichiarazione relativa ad eventuali rapporti economici in corso con il Comune di CARINI e/o con il Distretto SS 34 per attività connesse alla disabilità (
- nel caso di enti di rappresentanza dei disabili, anche sovracomunali
  - copia del documento di identità del Legale Rappresentante
  - copia dello Statuto e dell'Atto Costitutivo
  - attestazione relativa all'eventuale iscrizione agli appositi registri previsti dalla vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma

_____