



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. Identita'

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