

COMUNE DI GONNOSTRAMATZA

COOPERATIVA SOCIALE INCONTRO

OGGETTO: RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI GINNASTICA DOLCE

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

residente a Gonnostamatza, in Via _____ il _____

recapito telefonico _____ C.F. _____

CHIEDE

Di partecipare al corso al **Corso di Ginnastica Dolce** organizzato dall'Amministrazione Comunale in collaborazione con la Cooperativa Sociale Incontro di Gonnostamatza, attuale gestore delle attività di Animazione e Aggregazione Sociale.

A tal fine il/la Sottoscritta dichiara di impegnarsi a versare la quota di € 5,00 mensili a titolo di contribuzione al costo del servizio così come stabilito dalla Giunta Comunale con deliberazione n. 1 del 12 gennaio 2017.

Allega alla presente Certificato Medico attestante l'idoneità allo svolgimento dell'attività in questione.

Gonnostamatza

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.LGS. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma _____