



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

Scheda di partecipazione Rete Territoriale per la protezione e l'inclusione sociale

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ in _____ rappresentanza _____ di _____
con sede in via _____
tel. _____ fax _____
mail _____

Dichiara

Che l'organizzazione rappresentata:

- Terzo Settore: I° Livello II° Livello
 Associazioni di volontariato;
 Associazioni di promozione sociale;
 Associazioni di solidarietà sociale;
 Cooperative sociali;
 Altro (*specificare*) _____;
- Associazione di categoria
- Organizzazione Sindacale;
- Organismo della Formazione professionale;
- Istituzione Scolastica;
- Centro provinciale per l'istruzione degli adulti;
- Ufficio di Servizio Sociale Minorile (U.S.S.M.);
- Ufficio Scolastico Provinciale (U.S.P.);
- Osservatorio per la dispersione scolastica;
- Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (U.E.P.E.);
- Centro per l'Impiego (C.P.I.);
- Università e Centro di ricerca;
- Ente o Associazione in rappresentanza dei beneficiari degli interventi e dei servizi sociale;

intende partecipare ai Tavoli Tematici per la programmazione delle risorse afferenti al Distretto Socio-sanitario 48, esprimendo altresì la preferenza per le seguenti aree tematiche per le programmazioni future:

Comune Capofila Siracusa
Via Italia 105

tel. 0931/7813000 fax 0931/783697



DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 48

- Area Povertà ed Inclusione Sociale;
- Area Disabilità e non autosufficienza;
- Area Famiglia – Minori – Anziani.

Dichiara

La propria personale disponibilità ad un impegno costante almeno fino ad ultimazione dei lavori per la presentazione del Piano di Zona 2021.

Firma e timbro del Rappresentante Legale dell'Ente /Associazione

Firma del Dichiarante

Siracusa, li _____