



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI ASCOLI PICENO



Ama
aquilone
COOPERATIVA
SOCIALE ONLUS

in collaborazione con



laboratorio
difrontiera

Spett.le
Ama Aquilone Coop. Soc.
Via Pasubio, 78
63074 San Benedetto del Tronto (AP)

e-mail: ama.lavoro@ama-aquilone.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Il/La sottoscritto/a nato/a a il

CF.....residente e/o domiciliato nel comune di

in via/p.zza n°, tel., cell.e-mail:

CHIEDE

di poter partecipare al Corso

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 D.P.R 28 dicembre 2000, n.445, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dell'art. 76 cod. penale

di appartenere ad una o più tipologie di soggetti "fragili" come specificato nel bando nella voce destinatari;

di essere inviato/a da uno o più dei seguenti partner del progetto (è possibile contrassegnarne più di uno):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coop. COSS MARCHE | <input type="checkbox"/> Coop. Soc. I Cirenei | <input type="checkbox"/> APS Insieme con Voi | <input type="checkbox"/> Banco Alimentare |
| <input type="checkbox"/> Coop. Sociale Hobbit | <input type="checkbox"/> Ass. Il Germoglio | <input type="checkbox"/> APS Laboratorio di Frontiera | |
| <input type="checkbox"/> Fondazione S. Gemma | <input type="checkbox"/> Coop. Sociale SocialCart | <input type="checkbox"/> Coop. Soc. Officina 1981 | |
| <input type="checkbox"/> Suore Oblate SS. Redentore | <input type="checkbox"/> Ass. Amelia | <input type="checkbox"/> Coop. Sociale Opera | |

di essere inviato/a e/o seguito/a da (è possibile contrassegnarne più di uno):

- | | | |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Servizi sociali e/o ATS | <input type="checkbox"/> CSM | <input type="checkbox"/> UMEE |
| <input type="checkbox"/> Comunità terapeutiche | <input type="checkbox"/> STDP | <input type="checkbox"/> Sportelli anti violenza |
| <input type="checkbox"/> Comunità educative | <input type="checkbox"/> UMEA | <input type="checkbox"/> Servizi per richiedenti asilo |

di non essere inviato/a né seguito/a da nessun ente partner e/o da nessuno dei servizi sopra indicati

Luogo e data:

Firma

.....
(si allega copia fronte/retro di valido documento di riconoscimento)

Autorizzo al trattamento dei dati personali, contenuti nella presente domanda, ex D.LGS. 30 giugno 2003 n.196