



FONDAZIONE  
CASSA DI RISPARMIO  
DI ASCOLI PICENO



Ama  
aquilone  
COOPERATIVA  
SOCIALE ONLUS

**in collaborazione con**



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