



DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 34
Carini Comune capofila - Capaci - Cinisi - Isola delle Femmine - Terrasini -Torretta

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

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____
in rappresentanza/delega dell'ente _____ con sede a
_____ in via _____ tel _____ mail/pec

DICHIARA

che l'Ente rappresentato intende partecipare alla Rete per la protezione e l'inclusione sociale, articolata nei Tavoli di concertazione permanenti, per la programmazione delle risorse afferenti al Distretto SS 34, esprimendo altresì la preferenza per le seguenti aree tematiche:

- Povertà, fragilità sociale e inclusione sociale
- Ricerca e sviluppo della comunità
- Disabilità e non autosufficienza
- Famiglia e minori
- Anziani

Firma del Rappresentante Legale

Firma del Dichiarante (qualora diverso)
