

CITTA' DI SPINEA

Provincia di Venezia

Settore Relazioni Esterne, Comunicazione e Flussi Documentali

AI SINDACO DI SPINEA
SEDE

IL/LA SOTTOSCRITTA
NATA A IL
RESIDENTE A.....
INDIRIZZO.....
N. DI TELEFONO
MAIL.....

CHIEDE DI VOLER PARTECIPARE AL CONTROLLO DI VICINATO D.G. 4/2017

- SI IMPEGNA A PARTECIPARE ALLE RIUNIONI DI FORMAZIONE E COORDINAMENTO CHE VERRANO ORGANIZZATE (dopo due assenze non adeguatamente giustificate il nominativo verrà depennato dal progetto)
- CHIEDE PERTANTO DI ESSERE CONTATTATO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI CONTROLLO DI VICINATO
- SI IMPEGNA A SEGUIRE LE INDICAZIONI OPERATIVE E GESTIONALI CHE VERRANNO IMPARTITE DALLE STRUTTURE COMPETENTI.

ZONA DI ATTIVITA' PRESCELTA

Si allega al seguente modulo la copia del documento di identità
Firma

INFORMAZIONI SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Desideriamo informarla che il trattamento dei suoi dati personali relativi a questa istanza sarà effettuato conformemente alle disposizioni di legge, tutelando la sua riservatezza e i suoi diritti di cui all'art. 7 e 13 del Dlgs 196/2003. I dati saranno raccolti ed utilizzati dal Comune di Spinea, unicamente per le finalità del Controllo di Vicinato. Il Responsabile del Trattamento è la Dr.ssa Barbara Da Pieve