



# CITTA' DI SPINEA

Provincia di Venezia

Al Responsabile Settore Comunicazione Istituzionale  
Relazioni Esterne, Flussi Documentali e Innovazione  
P.ZZA Municipio 1  
SPINEA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A .....

NATA A ..... IL .....

RESIDENTE A.....

INDIRIZZO.....

N. DI TELEFONO .....

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL BANDO DI SUSSIDIARIETA' ORIZZONTALE  
APPROVATO CON D.G 19/2016 PER**

**PROGETTO MI PRENDO CURA – DONNE PER LE DONNE**

**A TAL FINE DICHIARA:**

- età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- residenza nel Comune di Spinea;
- godimento dei diritti civili e mancanza di condanne penali e/o procedimenti penali in atto;
- è ritenuto di particolare interesse pregressa esperienza o specifico titolo di studio in ambiti relativi a promozione pari opportunità, gestione di gruppi di auto-mutuo aiuto e/o nella relazione d'aiuto e/o counseling ottenuto mediante  
.....  
.....  
.....
- idoneità psico-fisica allo svolgimento delle attività previste..

**CHIEDE PERTANTO DI ESSERE CONTATTATO.**

Si allega al seguente modulo la copia del documento di identità e curriculum vitae

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 Digs 196/2003. I dati saranno raccolti ed utilizzati dal Comune di Spinea, unicamente per le finalità del presente avviso.