

Oggetto: Dichiarazione di conferma dei requisiti – Registro municipale delle associazioni anno

Il/la sottoscritto/a   
nato/a a  il  residente a   
in  n.  CAP  tel.   
email  C.F.   
in qualità di:  
 Presidente / Legale Rappresentante di

**DICHIARA**

che l'Associazione a tutt'oggi :

esiste  
 indirizzo sede sociale  CAP  tel.   
C.F./P.IVA   
 numero iscritti   
 nominativo del delegato autorizzato a partecipare alla consulta *(dato obbligatorio da dichiarare solamente per le associazioni e i soggetti facenti parte della consulta cittadina permanente socio sanitaria)* :

**I delegato:** cognome e nome  indirizzo   
 tel.  email

**II delegato:** cognome e nome  indirizzo   
 tel.  email

**Si allega:**

- fotocopia di un documento d'identità

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo <https://www.comune.tivoli.rm.it/> nella sezione Privacy e Responsabile della Protezione dei dati, resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.** Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@pec.comune.tivoli.rm.it)