

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 o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it