

Allegato A

AL SETTORE SOCIO ASSISTENZIALE  
DEL COMUNE DI GHILARZA

**OGGETTO: Manifestazione di interesse per la partecipazione al Coordinamento Pedagogico Territoriale di cui all'articolo 3 delle linee di indirizzo regionale approvate con DGR 39/14.**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante legale del/ della \_\_\_\_\_  
(*indicare la denominazione completa del soggetto giuridico gestore del servizio*),  
con sede legale in \_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, partita IVA \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_,

**gestore del seguente servizio educativo/scolastico**

Servizio per la prima infanzia \_\_\_\_\_  
(*specificare: servizio pubblico o privato/scuola/ nido/ micronido/ sezione primavera e relativa denominazione*),  
Scuola dell'infanzia paritaria \_\_\_\_\_  
(*specificare denominazione*),  
il cui codice meccanografico rilasciato dal Ministero è il seguente \_\_\_\_\_,  
con sede in \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
cap. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_

### COMUNICA

Di manifestare interesse a partecipare all'istituzione del Coordinamento Pedagogico Territoriale di cui all'articolo 3 delle linee di indirizzo regionale approvate con DGR 39/14.

Allegato: copia del documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**dichiara** di essere consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni e integrazioni, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsi in atti e dichiarazioni mendaci e che i dati forniti con il presente modello sono resi ai sensi dell'articolo 47 del medesimo decreto.

Dichiara inoltre di aver preso visione informativa sulla privacy

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a interessato/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

**dichiara** di avere letto ed approvato l'informativa in materia di trattamento dei dati personali qui di sopra riportata, di averne recepito i principi nonché di aver appreso i propri diritti e la modalità con cui potranno essere fatti valere nell'ambito del trattamento dei propri dati personali e con la sottoscrizione esprime liberamente, manifestamente ed inequivocabilmente il proprio consenso al trattamento medesimo con le modalità e per le finalità di cui all' informativa.

Ghilarza, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_