



AMBITO TERRITORIALE DI CERIGNOLA
Comuni di Carapelle, Cerignola, Ortona, Orta Nova, Stornara e Stornarella

All'Ufficio di Piano dell'ATS di Cerignola
pianosocialedizona@comune.cerignola.fg.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
alla partecipazione al percorso di concertazione e programmazione partecipata
per la stesura del VI PIANO SOCIALE DI ZONA 2026-2028

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
C.F. _____ residente a _____, nella qualità di rappresentante legale
dell'organizzazione (Denominazione/ragione sociale) _____, con sede
legale/operativa in _____ alla via _____, P.IVA/C.F.
_____ Tel _____ e-mail : _____, con
attività svolta (descrizione sintetica) _____

visto l'Avviso Pubblico per l'avvio del percorso di Progettazione Partecipata per la stesura del VI Piano Sociale di
Zona 2026/2028,

DICHIARA

- di essere interessato/a a partecipare al Percorso di Concertazione e Programmazione Partecipata per la stesura del VI PIANO SOCIALE DI ZONA 2026-2028;
- di aver preso visione del testo integrale dell'Avviso pubblico per l'avvio del percorso di concertazione e programmazione partecipata per la stesura del VI Piano Sociale di Zona 2026-2028;
- di essere disponibile a fornire, in sede consultiva, ogni contributo utile alla realizzazione del redigendo VI Piano Sociale di Zona 2026/2028;
- che i dati forniti sono rispondenti al vero, secondo quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000;
- di autorizzare, ai fini della presente procedura, il trattamento dei dati personali forniti ai sensi del regolamento UE n. 679/2016 G.D.P.R. e del D. Lgs. n. 193/2006.

CHIEDE

di partecipare al/ai seguente/i Tavolo/i di Concertazione:

	AREA TEMATICA	NOMINATIVO di chi partecipa	Indirizzo mail	N. di telefono
<input type="checkbox"/>	Prima Infanzia, minori e famiglie			



AMBITO TERRITORIALE DI CERIGNOLA
Comuni di Carapelle, Cerignola, Ortona, Orta Nova, Stornara e Stornarella

<input type="checkbox"/>	Contrasto alla povertà e inclusione sociale			
<input type="checkbox"/>	Anziani, disabili, non autosufficienti			
<input type="checkbox"/>	Contrasto alla violenza di genere e pari opportunità			

Alla presente, si allega copia del documento di identità del dichiarante.

Luogo e data,

FIRMA