

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEL  
COMITATO DI PARTECIPAZIONE**

Alla Società della Salute  
Dell' Area Pratese  
Piazza del Comune  
Prato

Il/la sottoscritto /a

\_\_\_\_\_ Cod.Fisc \_\_\_\_\_

Nato /a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ in via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Nella sua qualità

di \_\_\_\_\_ del/della \_\_\_\_\_

---

**FA DOMANDA**

di iscrizione all' Albo dei soggetti della partecipazione (Comitato di partecipazione) per le finalità di cui all'art. 36 dello Statuto della Società della Salute dell'area pratese

**DICHIARA**

Sotto la sua personale responsabilità (art. 48 DPR 445/2000) e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni

Che il/la (denominazione  
dell'organizzazione) \_\_\_\_\_

con sede legale

\_\_\_\_\_

- non eroga prestazioni e servizi
- opera con funzioni di rappresentanza e/o tutela dell'utenza nel seguente settore
- \_\_\_\_\_
- opera con continuità e ha sede legale nel territorio della Provincia di Prato
- è un'istituzione/associazione legalmente riconosciuta

presenta il seguente numero di soci/componenti \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Allega, in applicazione del DPR 445/2000 fotocopia completa del proprio documento di riconoscimento (in caso di trasmissione della domanda per posta o via fax) Non occorre nel caso di dichiarazione firmata e presentata unitamente all'istanza all'incaricato a ricevere la documentazione)

Data \_\_\_\_\_

Il /la Dichiarante

\_\_\_\_\_

### **NOTA INFORMATIVA EX DLgs 196/2003**

I dati personali forniti direttamente dall'utente sono tutelati dalla Legge e pertanto saranno utilizzati per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLA  
CONSULTA DEL TERZO SETTORE**

Alla Società della Salute  
Dell'area Pratese  
Piazza del Comune  
Prato

Il/la sottoscritto /a \_\_\_\_\_ Cod.fisc. \_\_\_\_\_

Nato /a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ in via /piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di \_\_\_\_\_ del/della \_\_\_\_\_

---

**FA DOMANDA**

di iscrizione all' Albo della Consulta del Terzo Settore per le finalità di cui all'art. 35 dello Statuto della Società della Salute della zona socio – sanitaria pratese

**DICHIARA**

Sotto la sua personale responsabilità (art. 48 DPR 445/2000) e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni

Che il/la (denominazione ell'organizzazione) \_\_\_\_\_

con sede legale \_\_\_\_\_

- opera gestendo servizi o erogando prestazioni nel campo socio – sanitario
- opera nel seguente specifico settore \_\_\_\_\_
- opera con continuità e ha sede legale nel territorio della Provincia di Prato
- è un'istituzione/associazione legalmente riconosciuta no profit
- presenta il seguente numero di soci \_\_\_\_\_

volontari \_\_\_\_\_

dipendenti \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Allega, in applicazione del DPR 445/2000 fotocopia completa del proprio documento di riconoscimento (in caso di trasmissione della domanda per posta o via fax) Non occorre nel caso di dichiarazione firmata e presentata unitamente all'istanza all'incaricato a ricevere la documentazione)

Data \_\_\_\_\_

Il /la Dichiarante

\_\_\_\_\_

### **NOTA INFORMATIVA EX DLgs 196/2003**

I dati personali forniti direttamente dall'utente sono tutelati dalla Legge e pertanto saranno utilizzati per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi.