



Comune di GIOVINAZZO

Città Metropolitana
di Bari

Piazza Vittorio Emanuele II, 64
70054 - Giovinazzo
Tel. / Fax 080 3945073

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
GIOVINAZZO

Oggetto: **Richiesta di partecipazione al progetto di “Ortoterapia” e/o “Pet-therapy”.**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a Giovinazzo in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Recapiti telefonici _____

C H I E D E

per sé

per il/la proprio/a figlio/a _____
nato/a _____ il _____

di partecipare al/ai progetto/i:

Ortoterapia

Pet-therapy

Giovinazzo, _____

Il richiedente

Allega:

- Copia Verbale di accertamento dell'Invalidità Civile completo di diagnosi
- Fotocopia documento di identità
- Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003