

MODULO ISCRIZIONE SERVIZI AGGIUNTIVI FONDO POVERTA' 2017

IL SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____ PROV. (____)

IL ____/____/____ RESIDENTE IN _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CODICE FISCALE _____

RECAPITO TELEFONICO _____ INDIRIZZO MAIL _____

CHIEDE

di partecipare ai **Corsi gratuiti** offerti dal **CONSORZIO UMANA SOLIDARIETÀ SCS** nell'ambito del **“PROGRAMMA DI INTERVENTI PER LA LOTTA ALLA POVERTA' E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE PER IL DISTRETTO SOCIO- SANITARIO D12 - CAPOFILA COMUNE DI ADRANO - FONDO POVERTA' 2017”**.
CIG: 917092785E – CUP: J71H17000270002.

- SERVIZIO DI ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO**
- SERVIZIO DI PRIMO ORIENTAMENTO LEGALE**
- SEMINARI DI ALFABETIZZAZIONE AL RISPARMIO ED ALLA GESTIONE FINANZIARIA DELLA FAMIGLIA**

NB: BARRARE SOLO IL CORSO A CUI SI INTENDE PARTECIPARE

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO ALLA MAIL info@consorzioumanasolidarieta.it OPPURE, IN ALTERNATIVA, PUO' ESSERE CONSEGNATO BREVI MANU PRESSO L'HUB ALIMENTARE SITO IN ADRANO, VIA SANGIORGIO MAZZA sn.

LUOGO E DATA

FIRMA