

**Allegato "A"**

Al Sindaco del Comune di  
CASORIA (NA)

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA CONSULTA COMUNALE PER LA  
DISABILITA' DEL COMUNE DI CASORIA**

Il/La sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in: \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

oppure

in qualità di rappresentante legale della associazione/organizzazione/ente  
(*specificare l'esatta denominazione*) \_\_\_\_\_

con sede legale/operativa in \_\_\_\_\_ ( ) via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
sito internet \_\_\_\_\_ codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla **Consulta Comunale per la Disabilità** istituita con deliberazione del Consiglio Comunale di CASORIA in qualità di:

- Cittadino, residente in Casoria, che abbia compiuto la maggiore età, e che abbia i requisiti per essere eletto alla carica di Consigliere Comunale. Cittadino non appartenente ad associazioni o organizzazioni che tramite *curriculum vitae* può dimostrare di aver operato nei campi di attività della consulta.
- Singolo cittadino iscritto ad associazioni o organizzazioni, che operano nei campi di attività della consulta ma solo a condizione che non ci siano altri membri della stessa associazione/organizzazione candidati alla consulta.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma

**Allegati:**

- 1. Scheda informativa (solo per le associazioni)**

## **2. Curriculum vitae (per tutti i partecipanti)**

**SCHEDA INFORMATIVA PER LE ASSOCIAZIONI**

*(solo per le associazioni operanti nel territorio comunale per l'integrazione sociale delle persone disabili e delle loro famiglie)*

DENOMINAZIONE E RECAPITI

---

---

---

---

NUMERO ASSOCIATI, ORGANIGRAMMA E CARICHE SOCIALI

---

---

---

---

---

---

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITA' SVOLTE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SETTORE PREVALENTE DI ATTIVITA' *(indicare con una x l'ipotesi che ricorre)*

- disabilità fisiche
- disabilità intellettive
- disabilità sensoriali uditive
- disabilità sensoriali visive

ALTRE INFORMAZIONI RITENUTE D'INTERESSE

---

---

---

**Allegare copia dell'atto costitutivo dell'Associazione**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
luogo e data

\_\_\_\_\_  
firma