



**CITTA' DI ALBANO LAZIALE**  
Città Metropolitana di Roma Capitale  
**CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 6.2**  
**Gestione Associata dei Servizi Sociali**  
Comuni di Albano Laziale, Ariccia, Castel Gandolfo, Genzano di Roma, Lanuvio, Nemi

***RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AI TAVOLI TEMATICI***

Denominazione \_\_\_\_\_

Ragione Sociale:

- organizzazione di volontariato   
organizzazione di promozione sociale   
cooperativa sociale   
ente religioso   
altro organismo del privato-sociale

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Presidente \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo Regionale (se sì, specificare quale) \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo del Comune di \_\_\_\_\_

Non iscritto a nessun Albo perché \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALLE RIUNIONI DEL TAVOLO TEMATICO RELATIVO A (segnare con una "x" la propria scelta; è possibile scegliere di partecipare a più tavoli) E INDICA COME REFERENTE (e delegato) I SIGG.:**

**DISABILITA'**

Referente \_\_\_\_\_

Delegato \_\_\_\_\_

- *IMMIGRAZIONE* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *FAMIGLIA E MINORI* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *DIPENDENZE* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *TERZA ETA'* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *VIOLENZA DI GENERE* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *CONTRASTO ALLA POVERTA' ED INCLUSIONE SOCIALE* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_
- *SALUTE MENTALE* Referente \_\_\_\_\_  
Delegato \_\_\_\_\_

N.B. Alla prima riunione del tavolo dovrà essere consegnato un curriculum dell'attività dell'organizzazione e una breve relazione in cui emergano le motivazioni alla base della richiesta di partecipazione e come intendano esplicitarla.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SULLA TUTELA DELLA PRIVACY**  
(D. Lgs. 30.06.2003 n.196)

Ai sensi del D. Lgs. 30.06.2003 n.196 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", autorizziamo il trattamento dei dati forniti al Distretto sociosanitario RMH2, che saranno dallo stesso utilizzati nel rispetto della normativa vigente per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali. Il trattamento avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza.

Titolare del trattamento è: -----

Il sottoscritto, legale rappresentante, preso atto dell'informativa, autorizza il trattamento dei dati.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

<p>Si prega inviare compilato via fax allo 069364816 oppure via email  <a href="mailto:servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it">servizisociali@comune.albanolaziale.rm.it</a></p>
---