

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI

MONTE MARENZO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____

IL _____, RESIDENTE A _____

IN VIA _____ TEL. _____

CF: _____ e mail: _____

C H I E D E

DI ESSERE INCARICATO PER L'ATTIVITA' LAVORATIVA DI ACCOMPAGNATORE
MEZZO ATTREZZATO PER DISABILI.

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DEL BANDO E DI TUTTE LE CONDIZIONI IN ESSO
CONTENUTE.

DICHIARA ALTRESI':

DI ESSERE _____
(NON OCCUPATO/PENSIONATO/CASALINGA)

DISTINTI SALUTI.

FIRMA

ALLEGATA FOTOCOPIA C.I.