

**DISTRETTO**  
**SOCIOSANITARIO N° 17**

**COMUNI DI: Calatabiano - Castiglione di Sicilia - Fiumefreddo di Sicilia – Linguaglossa –  
Mascali – Milo - Piedimonte Etneo – Riposto - Sant’Alfio.**

*Ente Capofila: Comune di Giarre*

**Al Centro Affidò Distrettuale  
c/o Comune di Giarre  
Via Callipoli n.81**

**Oggetto: RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE AL PERCORSO INFORMATIVO-  
FORMATIVO SU AFFIDO ETEROFAMILIARE**

**Il/la sottoscritto/a** Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

**Comune di residenza:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_

**Comune di residenza:** \_\_\_\_\_ **Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Chiede/ono di partecipare al percorso formativo/informativo e a tal fine dichiara/no che il proprio nucleo familiare è così composto (compreso/i il/i richiedente/i):**

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Titolo di studio	Professione

**Si allega/no documento/i di identità in corso di validità**

**Autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del GDPR e del D.Lgs. 196/2003.**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_