



CITTÀ DI CAMPOBASSO

Piazza Vittorio Emanuele II, 29 – Cod.Fisc.Part.Iva: 00071560700 - Tel. 0874 4051 – Numero verde: 840-702938
www.comune.campobasso.it- E-mail: urp@comune.campobasso.it – PEC: comune.campobasso.protocollo@pec.it

CONSULTA COMUNALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

Al Sindaco
Del Comune di
CAMPOBASSO

PERSONE GIURIDICHE

OGGETTO: Richiesta di partecipazione per la consulta comunale per la tutela della salute mentale.

L'Associazione (indicare altro)

Sede Ambito di operatività

Numero tel. dell'Associazione o del Presidente

Indirizzo mail

CHIEDE

di poter aderire alla Consulta Comunale per la Tutela della Salute Mentale sita presso il Comune di Campobasso

DESIGNA

Quale proprio rappresentante il Sig.

Nato/a a il Residente in

Codice FiscaleRecapito Telefonico.....

INDIVIDUA ALTRESI'

Quale rappresentante supplente il Sig.

DATA

FIRMA del Legale Rappresentante

Si allega documento di riconoscimento

