



# 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 FISICHE

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

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... il .....

Residente in .....

Codice Fiscale .....

Recapito Telefonico .....

Attività Professionale .....

### **CHIEDE**

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

**DATA**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si allega documento di riconoscimento**

