Carta intestata Comune/Ambito territoriale Sociale/Consorzio

Il/La sottoscritto/a,

Cognome e Nome _____ Genere M ☐ F ☐

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Stato di nascita _____,

Indirizzo_____

Città_____Prov_____ Cap_____Stato_____

Tel._____Cellulare_____E-mail_____,

nella sua qualità di

- ☐ Sindaco del Comune di _____;
- ☐ Presidente del Coordinamento Istituzionale di _____;
- ☐ Presidente del Consorzio tra Comuni di _____;
- ☐ Segretario Generale del Comune di _____;
- ☐ Dirigente dell'Ufficio _____ (*specificare*) del Comune di _____

_____

ATTESTA che

il/la Dott./Dott.ssa

Cognome e Nome _____ Genere M ☐ F ☐

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Stato di nascita _____,

Indirizzo_____

Città_____Prov_____ Cap_____Stato_____

Tel._____Cellulare_____E-mail_____,

è dipendente a tempo determinato/indeterminato presso il Comune/Ambito territoriale Sociale/Consorzio di

_____,

con la qualifica di _____,

assegnato alla funzione/ufficio di _____

- Si allega copia dell'atto di nomina e assegnazione della funzione

Luogo e data Firma