

Carta intestata Comune/Ambito territoriale Sociale/Consorzio

Il/La sottoscritto/a,

Cognome e Nome Genere M ☐ F ☐

[illegible]

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 ☐

[illegible]

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