Al Comune

Settore Servizi alla Comunità

DOLIANOVA

**OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE MASCHERINE**

Il/la sottoscritto/a **nome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**cognome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presidente/Legale Rappresentante dell’ Associazione/Attività Produttiva **denominata**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in **DOLIANOVA** - **Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**C.F./P.IVA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e-mail/PEC** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **telefono** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inoltra a codesto Comune richiesta per la concessione di un congruo numero di mascherine da destinarsi a:

* Soci dell’Associazione - **numero:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Operatori dell’ Attività Produttiva – **numero**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(barrare l’ipotesi che ricorre)

**Dichiaro:**

1. **che nessun altro ha presentato richiesta di mascherine per la stessa Associazione/Attività Produttiva**
2. **di essere consapevole che trattasi di mascherine artigianali (non certificate)**

**Dolianova**, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Presidente/Legale Rappresentante**

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

1. **Le istanze** devono essere trasmesse al seguente indirizzo e-mail: [urp.dolianova@comune.dolianova.ca.it](mailto:urp.dolianova@comune.dolianova.ca.it)
2. **A seguito dell'inoltro della richiesta**, con successiva e-mail e/o tramite SMS, saranno comunicate data e modalità di consegna.
3. **INFORMATIVA ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e del GDPR UE 2016/679** relativi alla protezione dei dati personali:

* dichiaro di aver preso visione dell’informativa relativa alla protezione dei dati personali sopra riportata e autorizza il Comune di Dolianova al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura.

**Presidente/Legale Rappresentante**

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