

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

IL COMITATO:

PRESIDENTE:

INDIRIZZO:

VIA: N. CAP. COMUNE

TEL: FAX: CELL:

EMAIL:

REFERENTE INDICATO DAL COMITATO:

COGNOME:

NOME:

VIA: N. CAP. COMUNE

TEL: FAX: CELL:

EMAIL:

dichiara di essere iscritto all'Albo dei Comitati di Quartiere del Municipio Roma XV, di aver letto il Regolamento della Consulta dei Comitati di Quartiere del Municipio Roma XV, di accettare tale Regolamento in ogni sua parte e di voler perciò partecipare alla Consulta dei Comitati di quartiere del Municipio Roma XV.

DATA

FIRMA