



**MODULO DI PARTECIPAZIONE
ALLA CONSULTA DEL TERZO SETTORE
DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE**

Il sottoscritto
In qualità di legale rappresentante dell'Associazione
.....
codice fiscale Con sede legale a
Via Telefono
e-mail – PEC.....
Iscritta al Registro
con decreto numero
Operante nel settore

CHIEDE

di far parte della Consulta del terzo settore della Società della Salute di Firenze.

Data, _____

Firma del Rappresentante Legale dell'Associazione *

* Si allega documento di identità del Rappresentante Legale e copia dello Statuto dell'Associazione.