



REGIONE SICILIANA



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

“INCONTRI/SPAZI DI CONFRONTO E DIBATTITO”

NOME E COGNOME

NATO/A A

PROV.

LUOGO E DATA DI NASCITA

ETA'

RESIDENTE A

PROV.

VIA/PIAZZA N.

NUMERO TELEFONO FISSO

NUMERO TELEFONO CELLULARE

INDIRIZZO MAIL

CODICE FISCALE

TITOLO DI STUDIO

STATO OCCUPAZIONALE

OCCUPATO

DISOCCUPATO/INOCCUPATO

IN CERCA DI OCCUPAZIONE

ALTRO (specificare) _____

Il/La sottoscritto/a autorizza MCG soc. coop. al trattamento dei propri dati personali ai sensi della normativa vigente.

Luogo e Data _____ Firma* _____

(*) OPZIONALE

Il modulo può essere consegnato:

1. PER POSTA

MCG soc. coop.

Via C. Scobar 22

90145 Palermo

2. PER FAX

MCG 091/6826621

3. VIA MAIL: incontrotendenza@mcg.coop

4. DIRETTAMENTE AGLI OPERATORI DEL PROGETTO INCONTROTENDENZA