

**DOMANDA DI ADESIONE
ALLA CONSULTA GIOVANILE**

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI FAVIGNANA
ISOLE EGADI

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ il _____, residente a _____ in
Via _____, n. __,

domiciliato/a (se diverso dalla residenza)

Recapito telefonico personale _____ e-mail

Da compilare solo in caso di richiedente di età inferiore agli anni 18

Il/La _____ sottoscritto/a
_____ nato a
_____ il _____ e residente a

in via _____ nr. _____ in qualità di
GENITORE/
TUTORE di _____

AUTORIZZA il proprio figlio ad inoltrare richiesta di iscrizione alla Consulta dei Giovani del
Comune di
Favignana – Isole Egadi.

Firma Genitore/Tutore _____

Consapevole delle responsabilità penali e delle sanzioni cui può andare incontro in caso di
dichiarazione mendace o firma di atti falsi, ai sensi degli Artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000,
sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 e 47 DPR445/2000,

DICHIARA

- Di possedere i requisiti richiesti dal Regolamento della Consulta Giovanile;
- Dichiaro altresì di essere a conoscenza del Regolamento approvato con delibera C.C. n. 41

dell' 01/10/2019

CHIEDE

A codesta Amministrazione Comunale di far parte della Consulta Giovanile del Comune di Favignana – Isole Egadi.

Alla presente istanza allega:

- Fotocopia del documento di riconoscimento (anche del genitore/tutore qualora il richiedente è un minore)

Firma
