



**LATINA DUE**  
DISTRETTO SOCIO SANITARIO



COMUNI ADERENTI



## MODULO DI ISCRIZIONE AL TAVOLO DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA PIANO DI ZONA 2024 -2026

### 1. DATI GENERALI DELL'ENTE / ORGANIZZAZIONE / ISTITUZIONE

- Denominazione:
- Partita IVA / Codice Fiscale:
- Tipologia (barrare la voce corrispondente):  
 Ente del Terzo Settore     Azienda Sanitaria Locale (ASL)  
 Comune     Altro (specificare):
- Indirizzo sede legale:
- Comune:     CAP:
- Telefono:
- E-mail:

### 2. REFERENTE PER LA PARTECIPAZIONE

- Nome e Cognome:
- Ruolo/Funzione:
- Telefono diretto / cellulare:
- Email:

Luogo e data:

Firma del referente

**Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**

I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per finalità connesse all'organizzazione e alla gestione del tavolo di co-programmazione, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Da compilare e inviare entro 08/06/2025 all'indirizzo email: [protocollo@comune.latina.it](mailto:protocollo@comune.latina.it)  
all'attenzione Dott.ssa Barbon