

# CITTA' DI SPINEA

Provincia di Venezia

*Settore Relazioni Esterne, Comunicazione e Flussi Documentali*

AI SINDACO DI SPINEA  
SEDE

IL/LA SOTTOSCRITTA .....  
NATA A ..... IL .....  
RESIDENTE A.....  
INDIRIZZO.....  
N. DI TELEFONO .....  
MAIL.....

CHIEDE DI VOLER PARTECIPARE AL CONTROLLO DI VICINATO D.G. 4/2017

- SI IMPEGNA A PARTECIPARE ALLE RIUNIONI DI FORMAZIONE E COORDINAMENTO CHE VERRANO ORGANIZZATE (dopo due assenze non adeguatamente giustificate il nominativo verrà depennato dal progetto)
- CHIEDE PERTANTO DI ESSERE CONTATTATO PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI CONTROLLO DI VICINATO
- SI IMPEGNA A SEGUIRE LE INDICAZIONI OPERATIVE E GESTIONALI CHE VERRANNO IMPARTITE DALLE STRUTTURE COMPETENTI.

ZONA DI ATTIVITA' PRESCELTA .....

Si allega al seguente modulo la copia del documento di identità  
Firma

## INFORMAZIONI SULL'USO DEI DATI PERSONALI

Desideriamo informarla che il trattamento dei suoi dati personali relativi a questa istanza sarà effettuato conformemente alle disposizioni di legge, tutelando la sua riservatezza e i suoi diritti di cui all'art. 7 e 13 del Dlgs 196/2003. I dati saranno raccolti ed utilizzati dal Comune di Spinea, unicamente per le finalità del Controllo di Vicinato. Il Responsabile del Trattamento è la Dr.ssa Barbara Da Pieve