



V DIPARTIMENTO
Settore Servizi Sociali

COMUNE DI PALAGONIA

Città Metropolitana di Catania



MODELLO sub B
(Domanda di iscrizione all'Albo)

AI COMUNE DI PALAGONIA
UFFICIO PIANO
DISTRETTO SOCIO - SANITARIO D 20
PIAZZA MUNICIPIO
95046 PALAGONIA

DATI ANAGRAFICI

Il/La sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Nato/a il		A	Prov.
Codice Fiscale			

RESIDENZA

Residente in:

Città		Prov.	C.A.P.
Via/Piazza			

ALTRO RECAPITO

Eventuale recapito diverso dalla residenza:

Città		Prov.	C.A.P.
Via/Piazza			

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni

CHIEDE

di essere inserito/a nell'Albo dei candidati idonei al conferimento di incarichi per l'espletamento delle attività del Distretto Socio - Sanitario dell'Ambito Territoriale D20.

(barrare una sola casella)

- ☐ Assistente sociale;
- ☐ Psicologo;
- ☐ Pedagogista/Educatore Professionale;
- ☐ Sociologo;
- ☐ Ingegnere Informatico