*Patto locale per la lettura* della Città di Caiazzo

MODULO DI ADESIONE

Al Comune della Città di Caiazzo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma giuridica e denominazione** |  | | |
| **Legale Rappresentante** |  | | |
| **Referente per contatti** |  | | |
| **Telefono** |  | **E-mail** |  |

Il/La sottoscritto/a nato/a a il e residente a in qualità di Legale Rappresentante di *(denominazione)*

con sede legale in cap. via tel.

CF P. IVA ,

**C H I E D E**

di aderire al *Patto locale per la lettura della Città di Caiazzo i* condividendone le finalità e gli obiettivi.

Si autorizza il trattamento dei dati personali per gli scopi consentiti ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Allega copia del documento di riconoscimento.

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante