

ALLA PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO  
Oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r. n.8/2014  
Direzione Politiche Sociali, Giovanili,  
Pubblica Istruzione e Pari Opportunità  
Via Maqueda 100  
90134 PALERMO

**OGGETTO : ISTANZA DI CANCELLAZIONE** DAL REGISTRO PROVINCIALE DEGLI ENTI ACCREDITATI PRESSO LA DIREZIONE POLITICHE SOCIALI E GIOVANILI PER LE ATTIVITA' IN FAVORE DI DISABILI SENSORIALI RELATIVE ALL'ASSISTENZA SCOLASTICA INTEGRATIVA di cui alla L.r. 33/91

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel e/o cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
legale rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_  
Partita IVA /C.F. \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la **cancellazione dal Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali e Giovanili per le attività in favore di disabili sensoriali relative all'assistenza scolastica integrativa** codice identificativo \_\_\_\_\_

Allega fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, dà il proprio consenso a che i dati personali raccolti siano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)