



c.a. Sig. Sindaco comune di Genola

La/Il sottoscritta/o

NOME

COGNOME

VIA

COMUNE

TEL.

E mail

Visto il regolamento della Consulta Pari Opportunità di Genola approvato con delibera del Consiglio Comunale del 16.12.2024, richiede di poter aderire alla Consulta Pari Opportunità come membro attivo dell'assemblea.

FIRMA