

ALLEGATO F

AL COMUNE DI MILANO
DIREZIONE WELFARE E SALUTE
AREA DOMICILIARITÀ
UNITA' COORDINAMENTO SERVIZI DIURNI

(Persona Fisica)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a....., prov.(.....), il

codicefiscale.....residente in.....

prov.(.....) via numero civico

oppure

(Persona Giuridica)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a....., prov.(.....), il

in qualità di legale rappresentante di

codicefiscale/partita IVA....., con sede in.....

....., prov.(.....), via

numero civico

D I C H I A R A

di riconoscere e rispettare i principi, le norme e i valori della Costituzione italiana, repubblicana e antifascista, che vieta ogni forma di discriminazione basata su sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali.

Luogo,

data

FIRMA