**Spettabile**

**ATS della Montagna**

**Direzione Sociosanitaria**

**Via N. Sauro 38 SONDRIO**

**OGGETTO: Comunicazione di adesione alla Rete Territoriale di Conciliazione della Montagna**

Il sottoscritto…………………………………………………………………………………………...

nato a …………………………………………………………………..il ……………………………

in qualità di Legale Rappresentante di (denominazione completa del soggetto rappresentato)

…………………………………………………………………………………………………………

con sede legale nel Comune di…………………………………………………...Prov.………………

Indirizzo…………..………………………………………………………………...n.………………..

Telefono………………………………………………………………………………………………..

Mail ……………………………………………………………………………………………………

**Vista la DGR n.5969 del 12.12.2016 “Politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari: approvazione delle linee guida dei Piani Territoriali biennio 2017-2018”,**

**COMUNICA L’ADESIONE**

**ALLA RETE TERRITORIALE DI CONCILIAZIONE DELLA MONTAGNA**

Luogo e data………………………………

Il rappresentante legale

Timbro ente e firma

………………………………………

Altri riferimenti:

Nominativo referente operativo………………………………………………………………………..

Telefono………………………. Mail………………………………………………………………...

Da far pervenire a:

ATS della Montagna - Direzione Sociosanitaria – via Nazario Sauro 38, 23100 SONDRIO – email:

[**direzione.sociosanitaria@ats-montagna.it**](mailto:direzione.sociosanitaria@ats-montagna.it)

[**p.deicas@ats-montagna.it**](mailto:p.deicas@ats-montagna.it)