



"Il Mago di Oz" Società Cooperativa Sociale Onlus

**Sede Legale e Amministrativa: Via Donatello, 105 – 25124
Brescia (BS)**

La/Il sottoscritta/a _____ nato il _____ a _____
e residente a _____ in Via _____
in qualità di genitore/ tutore del/della minore _____
nata/o il _____ a _____
e residente a _____ in via _____
n di telefono _____

CHIEDE

L'iscrizione al **laboratorio TwitchGap relativo al progetto Occhio al Gioco** correlato al Piano locale di contrasto al gioco d'azzardo patologico (GAP) dell'ATS di Brescia, in attuazione della DGR XI/585 del 01 ottobre 2018 – organizzato con il contributo degli Uffici Servizi Sociali dei Comuni di Alfianello e Seniga.

Data e luogo

Firma

IL MAGO DI OZ SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

C.F. E P.IVA 02566790982

SEDE LEGALE: VIA DONATELLO, 105 – 25124 BRESCIA (BS) - TEL. 030.640438 E FAX 030.641620

E-MAIL: INFO@SMIMAGODIOZ.IT - PEC: ILMAGODIOZ@PEC.CONFCOOPERATIVE.IT