



COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO
(CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE)

_____ **SEGRETERIA DEL SINDACO** _____

MODULO SEGNALAZIONE

SEGNALAZIONE RECLAMO SUGGERIMENTO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____

Email _____

Oggetto della Segnalazione / Reclamo / Suggerimento

Descrizione

Data _____

Firma

– I dati personali da Lei forniti saranno trattati conformemente alla legge 196/2003 e saranno oggetto di trattamento esclusivamente per la gestione del protocollo, in quanto necessari per la classificazione della corrispondenza e per l’invio della risposta.

P.zza Vittorio Veneto 12-13 Tel.06901740209 mail: segreteria.sindaco@comune.castelnuovodiporto.rm.it