



**"Il Mago di OZ" Società Cooperativa Sociale Onlus**

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

La/Il sottoscritta/a \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore/ tutore del/della minore \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
numero di telefono di riferimento \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'iscrizione al **workshop GAP attività da progetto FuoriGioco** 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 del Comune di Borgosatollo Ufficio Servizi Sociali

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**