

MODELO DE COMUNICACIÓN

Especificar número de proyecto

**Nº EXPTE :**

Sr/Sra. …………………………………………………………………….., en calidad de

……………………………………………………………………………….. de la entidad local ………………………………………………………………., por la presente informa que la persona que poseerá la interlocución con la Dirección General competente en materia de inclusión social para todo lo que se relaciona con la implementación, ejecución, seguimiento y control de los **ITINERARIS INTEGRADOS DE INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS EN SITUACIÓN O RIESGO**

**DE EXCLUSIÓN SOCIAL,** en el marco del Contrato Programa

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DNI | | | | | APELLIDOS, NOMBRE | | | | | | |
| Calle,  Plaza | | | Número de la vía pública | | | | | Número | Esc. | Piso | Puerta |
|  |  | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| Municipio | | | | | | Código Postal | Provincia | | | | |
| Correo electrónico | | | | | | | Teléfono | | | | |

será:

DATOS PERSONALES

Fecha

Firma representante de la entidad local