

ALLEGATO 1)

MODULO DI DOMANDA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A  
PARTECIPARE

AL PROGETTO “*ESTATE IN SALUTE*”

Al Commissario Straordinario ASL OGLIASTRA  
trasmissione a mezzo p.e.c. all'indirizzo:  
[protocollo@pec.aslogliastra.it](mailto:protocollo@pec.aslogliastra.it)

**Oggetto:** Avviso di manifestazione d'interesse a partecipare al **Progetto “ESTATE IN SALUTE”**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

iscritto con il n° \_\_\_\_\_ all'albo dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

MANIFESTA

il proprio interesse ad essere invitato alla procedura negoziata di cui all'oggetto e dichiara sin d'ora di essere in possesso dei requisiti di ordine generale e speciale previsti dall'*Avviso per la manifestazione di interesse*

AUTORIZZA

- ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003, la raccolta dei dati personali che saranno trattati con e senza l'ausilio di strumenti elettronici per l'espletamento delle attività relative al presente procedimento ed alla connessa procedura

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(il presente documento potrà essere sottoscritto anche con firma digitale)

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.