



**MODULO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ACCALAPPIAMENTO, CUSTODIA DI ANIMALI VAGANTI E GOVERNO CANILI SANITARI PER UN PERIODO DI 60 MESI OCCORRENTE ALL’ATS DELL’INSUBRIA – AREA VARESE NORD.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via/Piazza \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare se *titolare, legale rappresentante, altro*)

\_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita I.V.A. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**Manifesta**

l’interesse ad essere invitato/a alla procedura in oggetto

**Dichiara**

ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del D.P.R. 445/00 ss.mm.ii. di essere in possesso dei requisiti richiesti per l’ammissione alla procedura di gara in oggetto.

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

Il dichiarante  
(Firmato digitalmente)