



**ALLEGATO A**

**MODULO PER MANIFESTAZIONE INTERESSE**

**OGGETTO: SERVIZIO DI MONITORAGGIO POLLINICO DA EFFETTUARSI PRESSO IL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI COMO A FAVORE DELL'ATS DELL'INSUBRIA.**

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*)

\_\_\_\_\_

dell'impresa \_\_\_\_\_

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.

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

Il dichiarante  
(Firmato digitalmente)