



**MODULO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER AFFIDAMENTO
ATTIVITA' FORMATIVA IN MATERIA DI RIANIMAZIONE
CARDIOPOLMONARE DI BASE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE
OPERATORE LAICO OCCORRENTE ALLA 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*)

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, in particolare iscrizione all'Albo regionale degli operatori accreditati per i Servizi di Istruzione e Formazione Professionale Regione Lombardia:
(id _____ data di iscrizione _____).

Luogo e data _____

Il dichiarante
(Firmato digitalmente)