**PROCEDURA APERTA PER L’ACQUISIZIONE DEL SERVIZIO DI PULIZIA E IGIENE AMBIENTALE PER AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA**

All’attenzione dell’Azienda Usl di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e p.c.

dell’Agenzia Intercent-ER

Viale dei Mille 21 – 40121 Bologna

Fax: 051 527.3084

Pec: intercenter@postacert.regione.emilia-romagna.it

**MODULO RICHIESTA PLANIMETRIE**

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

Nato (luogo e data di nascita): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(per eventuali comunicazioni in merito all’effettuazione del sopralluogo)

*(fare una croce sulla casella che interessa):*

❑ in qualità di legale rappresentante della impresa in questione

*o in alternativa*

❑ in qualità di Direttore Tecnico della Ditta in questione

*o in alternativa*

❑ in qualità di dipendente/collaboratore incaricato dell’impresa

dell’Impresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritta al Registro delle Imprese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *in caso di R.T.I. o Consorzi non ancora costituiti* in promessa di R.T.I., Consorzio o o Rete di Imprese *[indicare forma giuridica del gruppo]* con le Imprese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, all’interno del quale la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ verrà nominata Impresa capogruppo)

CHIEDE

appuntamento per acquisire copia delle planimetrie delle Aziende Sanitarie oggetto di gara.

A tal proposito resta in attesa che venga confermata la data e l’orario.

Si autorizza sin d’ora al trattamento dei dati personali nei termini indicati nella documentazione di gara.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Allegati: copia documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000.