



Regione Siciliana



CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE  
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO

GARA PER L'AFFIDAMENTO IN CONCESSIONE, AI SENSI DELL'ART. 164 DEL D. LGS. 50/2016  
E S.M.I. DEL SERVIZIO DI EROGAZIONE MEDIANTE DISTRIBUTORI AUTOMATICI DI  
BEVANDE CALDE, FREDDE E SNACK. CIG 7571009246

Oggetto: **Richiesta di appuntamento per il sopralluogo.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ nella sua qualità di  
\_\_\_\_\_ della ditta  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ iscritta al Registro delle Imprese di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
partita IVA n. \_\_\_\_\_ al fine di potere  
partecipare alla procedura di gara in oggetto

**CHIEDE**

appuntamento per effettuare il sopralluogo per prendere visione dei locali di svolgimento del servizio. Si riporta di seguito il nominativo dell'incaricato per l'effettuazione del sopralluogo e si allega copia del relativo documento d'identità:

Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Si autorizza sin d'ora al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

**Allegati:**

- 1. Copia documento di identità del sottoscrittore**
- 2. Copia documento di identità dell'incaricato del sopralluogo.**