



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.**