

Modulo per MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Servizi ed attività inerenti il recupero e reinserimento di pazienti psichiatrici all'interno del
Progetto "Arte e Salute Mentale" per il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze
Patologiche dell'Azienda USL di Bologna

Il/La sottoscritto/a _____ (denominazione del dichiarante)

nato/a a _____, il _____

in qualità di legale rappresentante di _____ (impresa
individuale, società, ente, etc.) con sede legale in _____

via _____ n. _____

codice fiscale/partita IVA _____

tel. _____ pec _____ iscritto/a al

Registro della CCIAA di _____, al numero _____

DICHIARA

di essere interessato/a allo svolgimento del servizio in oggetto.

Data _____

Firma _____