

## MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Servizio di pulizie presso il Polo Sanitario di Medicina (Azienda Usl di Imola)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (denominazione del dichiarante)  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

n.b. alla presente dovrà essere allegata una copia di un documento valido del sottoscrittore