

Allegato B - Domanda di partecipazione

ALLA SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA NORD OVEST
VIA PEC: direzione.sds-nordovest@postacert.toscana.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA COPROGETTAZIONE, AI SENSI DELL'ART. 55 CO. 3 D.LGS. 117/2017, PER SERVIZI DI INCLUSIONE SOCIALE PER FAMIGLIE, MINORENNI E NEOMAGGIORENNI (DECRETO DIRIGENZIALE REGIONE TOSCANA N. 4940 DEL 10 MARZO 2026)

Il sottoscritto/a

nato/a a prov.

il

residente a

prov.

C.A.P.

Via/Piazza

n.

C.F.

in qualità di legale rappresentante dell'Ente del Terzo Settore

denominazione

codice fiscale / partita I.V.A.

avente sede legale (indirizzo completo di CAP) in

recapiti telefonici

e-mail

pec

sitoweb

CHIEDE

di partecipare alla procedura in oggetto come (flag sul caso ricorrente)

in forma singola

in forma associata costituita (soggetto capofila)

in forma associata costituenda (soggetto capofila)

in caso di forma associata, riportare di seguito gli estremi identificativi di tutti gli altri ETS partecipanti:

denominazione
codice fiscale / partita I.V.A.
avente sede legale (indirizzo completo di CAP) in

recapiti telefonici

e-mail

pec

sitoweb

Luogo e data

Firma del Legale Rappresentante

La presente domanda, compilata sul presente modulo o su riproduzione propria purché integralmente riportante tutte le voci del modello proposto, deve essere:

- compilata in ogni sua parte, compresa l'apposizione di contrassegno sulle caselle di interesse;
- presentata con sottoscrizione digitale, unitamente a fotocopia di un valido documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000