

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA COPROGETTAZIONE E GESTIONE IN
PARTENARIATO CON LA SOCIETA' DELLA SALUTE FIORENTINA NORD OVEST DI
INTERVENTI DI INFORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE, FORMAZIONE E
PREVENZIONE NELL'AMBITO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA) AD
AMPIO SPETTRO (DGRT N. 442/2025)**

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