

U.O.C. Formazione e rapporti con Università

Tel. 0773. 6553421 Fax 0773.6553461

E.mail formazione@ausl.latina.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E DICHIARAZIONE DI OFFERTA DI
SPONSORIZZAZIONE PROGETTO “HCV ZERO NEL POLO PONTINO”**

Al Direttore UOC Malattie Infettive DEA II Latina

Prof.ssa Miriam Lichtner

Al Direttore UOC Formazione e rapporti con Università

D.ssa Assunta Lombardi

ASL Latina

protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it

La società/ente :, con sede in.....
....., Via..... Codice Fiscale - P.I
VA....., rappresentata dal dott.....nato a
..... il in qualità di legale rappresentante e, domiciliato per la carica presso la
sede della stessa

CHIEDE

di partecipare all' avviso pubblico per la ricerca di Sponsor per il progetto denominato “HCV zero nel polo pontino”.

A tal fine, in conformità a quanto previsto dall' avviso, il cui contenuto si accetta integralmente, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/ 2000, sotto la propria e personale responsabilità

DICHIARA:

- di non trovarsi nelle condizioni previste dall' art . 80 del D.Lgs 50/ 2016;
- di non appartenere a organizzazioni di natura politica o sindacale o religiosa;
- di assumersi tutte le responsabilità collegate ai messaggi pubblicitari e/o alle relative autorizzazioni;
 - di accettare tutto quanto stabilito nell' avviso pubblico per la ricerca di sponsor ;
 - di accettare che le attività descritte nel progetto possono subire variazioni per motivi non dipendenti dalla ASL Latina;

Si allegano i seguenti documenti :

U.O.C. Formazione e rapporti con Università

Tel. 0773. 6553421 Fax 0773.6553461

E.mail formazione@ausl.latina.it

1) fotocopia del documento di identità in corso di validità del legale rappresentante o del soggetto munito di necessari poteri di rappresentanza;

CONTENUTO ECONOMICO DELL' OFFERTA

Si chiede di sponsorizzare per la realizzazione del progetto "HCV zero nel polo pontino"

riconoscendo all'ASL Latina come corrispettivo della sponsorizzazione il seguente importo: € _ _ _
_____ (in cifre) € _____ (in lettere), _____

per la linea di attività progettuale

- Borsa di studio n. 1: 10.000,00 €
- Borsa di studio n. 2: 10.000,00 €
- Attività di comunicazione e formazione: 10.000,00 €

Luogo e data

Firma e timbro
