

Modulo per manifestare interesse

Spett.le
COMUNE DI PORDENONE
Servizio farmacie
C.so V. Emanuele II, 64
33170 - PORDENONE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PARTECIPARE ALLA SELEZIONE PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO PRESSO LE FARMACIE COMUNALI DI PORDENONE PER L’ANNO 2025

I_ sottoscritt_ _____ nat_ il _____
a _____ C.F. _____ in
qualità di (*barrare la voce d’interesse*)

Lavoratore autonomo/professionista

codice fiscale _____ Partita IVA _____

tel. n. _____

PEC _____ (*PEC di cui autorizza espressamente l’utilizzo per qualsiasi comunicazione inerente la procedura in oggetto*)

N. iscrizione al registro professionale _____

Lavoratore occasionale

codice fiscale _____

Tel.n. _____

PEC _____ (*PEC di cui autorizza espressamente l’utilizzo per qualsiasi comunicazione inerente la procedura in oggetto*)

N. iscrizione al registro professionale _____

visto l'avviso per l'indagine di mercato concernente l'affidamento di cui all'oggetto e preso atto dei requisiti richiesti dall'avviso stesso,

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

per la partecipazione alla selezione per l’affidamento diretto del servizio infermieristico presso le farmacie comunali di Pordenone per l’anno 2025

_____, lì _____

IL DICHIARANTE
