

**Spett.le Azienda Sanitaria Locale VCO
Via Mazzini, 117
28887 OMEGNA (VB)
*protocollo@pec.aslvco.it***

DOMANDA DI CONVENZIONAMENTO PER LA FORNITURA DI :

- ☐ **PROTESI DENTARIE RIMOVIBILI, TUTORI OCCLUSALI secondo N.P.D. parte 1 e 2**
- ☐ **MANUFATTI ORTODONTICI E MATERIALE ORTODONTICO**

•AI FINI PREVISTI DALLA D.G.R. n° 39 – 14910 DEL 28 FEBBRAIO 2005

Il sottoscritto _____ (C.F. _____)

Nato/a a _____ (_____), il _____

Residente in _____ (_____), via/c.so _____

tel. _____ Email _____

nella qualità di :

- ☐ Titolare del Laboratorio Odontoprotesico/Odontotecnico
- ☐ Legale rappresentante del Laboratorio Odontoprotesico/Odontotecnico

sito in _____ (_____), via /C.so _____

n° _____ c.a.p. _____ con Partita IVA n° _____

CHIEDE

di essere ammesso ad una o entrambe le convenzioni e, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissione previsti nel bando, domicilio, numero telefonico e e-mail presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione:

Via _____ n. _____ Cap. _____

Comune di _____ Prov. _____ Cell/Tel: _____

E-mail: _____ PEC: _____

Allega alla domanda:

- Curriculum formativo e professionale, formulato ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, redatto in carta semplice, datato e firmato, completo di:
 - titoli di studio,
 - esperienze lavorative,
 - attività di formazione con copia attestato di partecipazione
 - altro, meritevole di valutazione
- Dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (Moduli A, A1, A2)
- Documentazione prodotta in copia fotostatica
- Copia fotostatica della carta di identità o di documento di riconoscimento equipollente

Luogo e data _____ Timbro del Laboratorio e firma _____