

**FAC-SIMILE**  
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Direttore della Direzione Socio Educativa  
del Municipio XIII Roma Aurelio

**MODELLO DI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA  
PROGETTUALE PER I SERVIZI DI CURA DOMICILIARE RIVOLTI AI DISABILI**

Organismo \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
con sede operativa in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_  
rappresentata da (Cognome Nome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso per la presentazione dell'offerta progettuale per i servizi di cura domiciliare rivolti ai  
DISABILI.

A tal fine si allega:

- Fotocopia di un documento di identità valido del sottoscrittore;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

---

Si dichiara che l'indirizzo di posta elettronica certificata e il numero di fax, autorizzando l'Amministrazione all'utilizzo di tali mezzi, a scelta, a cui inviare le comunicazioni ed impegnandosi a comunicare altro indirizzo di posta elettronica certificata o altro numero di fax, in caso di impossibilità d'uso dei recapiti dichiarati, sono i seguenti:

Fax n° \_\_\_\_\_  
P.E.C. (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
presa visione dell'Avviso Pubblico e dei suoi allegati,

I piani di intervento che questo Organismo è disposto a realizzare sono i seguenti:

- Nr..... bassa intensità assistenziale
- Nr. .... media intensità assistenziale
- Nr. ....medio/alta intensità assistenziale
- Nr. ....alta intensità assistenziale
- Nr. ....attività di gruppo .....
- Nr.....pacchetti famiglia

L'Organismo opererà in regime di IVA al ..... ai sensi dell'art. ....del ..... (in caso di esenzione I.V.A. specificare ai sensi di quale articolo di legge)

Luogo e data

Il legale rappresentante \_\_\_\_\_

ALLEGO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'