**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE A PARTECIPARE, ALLA COPROGETTAZIONE, REDAZIONE DEL PIANO INDUSTRIALE 2016-2018 DELLA SOCIETÀ REGIONALE PER LA SANITÀ S.P.A.**

(dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47)

So.Re.Sa. Spa

Centro Direzionale Isola C1

80143 Napoli

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cognome) / nome)

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_

via e n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***In qualità di***

**🗌Rettore**

**🗌Responsabile del Dipartimento**

**🗌Responsabile del Centro di ricerca**

**🗌 Presidente**

**🗌 Direttore Generale**

**🗌Altro ……………………………….………………………………(indicare qualifica)**

**del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MANIFESTA**

**l’interesse a partecipare, alla coprogettazione, redazione del piano industriale 2016-2018 della Società Regionale per la Sanità S.p.a.**

**con il coinvolgimento di**\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*(indicare Facoltà, Dipartimento, Centro di Ricerca coinvolti, singoli Docenti o i Responsabili se già individuati)

**E, a tal fine, DICHIARA**

* che per ogni eventuale richiesta di chiarimenti o comunicazioni riguardanti la presente domanda e l’Avviso il referente è il sig./dott./prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , telefono : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_, posta certificata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di indicare i seguenti giorni/fasce orarie di preferenza per la convocazione da parte So.Re.Sa. in caso di valutazione positiva della proposta (esprimere almeno 2 preferenze o più, barrando le caselle corrispondenti):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GIORNO | 9.00-11.00 | 11.00-13.00 | 14.00-16.00 | 16.00-18.00 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Napoli, lì \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

 Firma leggibile del rappresentante legale

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. Allegare fotocopia chiara e leggibile del documento di identità personale, in corso di validità**