

**modello**

All'
Ufficio assistenza scolastica
Ripartizione 40
Via Andreas Hofer 18
I-39100 BOLZANO
PEC:
schulfuersorge.assistenzascolastica@pec.prov.bz.it

DOMANDA

Il sottoscritto/la sottoscritta _____ nato/nata il _____ a
_____ Prov. _____ e residente in via _____ n. _____ a
_____ Prov. _____ in qualità di legale rappresentante del soggetto interessato
(denominazione) _____ con sede legale in via
_____ n. _____ a _____ Prov. _____ Tel.
_____ Cell. _____
Legalmail _____ Codice Fiscale: _____
Part. IVA: _____

DICHIARA

di voler stipulare una convenzione secondo le condizioni e modalità dell'avviso per l'

**INDIVIDUAZIONE DI SOGGETTI INTERESSATI A STIPULARE UNA CONVENZIONE PER LA GESTIONE
SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO DEI BAMBINI E DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ NELLA
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO**

In questo senso lui/lei descrive i criteri di qualità necessari per la gestione del convitto con i documenti allegati che secondo punto 3 dell'avviso sono necessari per la valutazione delle offerte:

(elencare i singoli allegati)



Ai sensi del punto 2 dell'avviso sopra citato lui/lei dichiara che:

- a) che si tratta di un'associazione / organizzazione che svolge attività senza scopo di lucro.
- b) che l'associazione / organizzazione è iscritta nel registro delle imprese per attività inerenti al servizio _____(si o no).
- c) che l'associazione / organizzazione è iscritta in un registro pubblico delle associazioni di volontariato o senza scopo di lucro _____(si o no).

Timbro e firma del legale rappresentante

data

Allegare fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore
Allegare lo statuto dell'associazione/organizzazione, se del caso