Al Direttore Generale

ATS della Montagna

Via N. Sauro, 38

23100 Sondrio

[protocollo@pec.ats-montagna.it](mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it)

**Oggetto: manifestazione di interesse per l’assegnazione di progetti annuali per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili**.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale Legale Rappresentante (ovvero procuratore) dell’Ente accreditato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, erogatore di prestazioni ambulatoriali sul territorio dell’ATS della Montagna, presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con deliberazione n. 299 del 06/04/2022, per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’assegnazione di progetti annuali per l’erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili

**DICHIARA**

* Di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce impegno da parte dell’ATS della Montagna ad assegnare futuri progetti annuali;
* Che le prestazioni di specialistica ambulatoriale per il rilascio di certificazioni di idoneità per la pratica sportiva agonistica a minori e disabili verranno erogate presso una struttura accredita sita nell’ambito territoriale di Morbegno;
* Di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni successiva comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l’ATS da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella presente dichiarazione.

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 che ogni dichiarazione resa risponde a verità. A Tal fine allega copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante

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