



AI COMUNE DI MARSCIANO  
 Zona Sociale n.4, Ufficio Di Piano  
 Via Largo Garibaldi, 1 06055 Marsciano  
 Pec: [comune.marsciano@postacert.umbria.it](mailto:comune.marsciano@postacert.umbria.it)

**Istanza di ammissione all'elenco dei fornitori per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2019-Assistenza Domiciliare/Fornitura supporti- (ai sensi del D.M. n. 45/97)**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

quale Legale Rappresentante del/della \_\_\_\_\_

con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e con P.I. \_\_\_\_\_

Telefono n. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

con espresso riferimento del soggetto che rappresenta,  
**chiede**

di essere ammesso all'elenco dei fornitori delle prestazioni socio assistenziali a favore di persone non autosufficienti, nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2019-Assistenza Domiciliare/Fornitura supporti per il quale il Comune di Marsciano, capofila della Zona Sociale n.4 ha aderito attraverso la stipula di un accordo, per quanto sotto elencato:

| Denominazione | Indicazione dei servizi da eseguire | Referente amministrativo | Telefono |
|---------------|-------------------------------------|--------------------------|----------|
|               |                                     |                          |          |
|               |                                     |                          |          |
|               |                                     |                          |          |

Data Firma \_\_\_\_\_