



Ipab Ospedale Civico Ferrari

Via Regina Margherita, 19 — 03024 Ceprano (Fr)

Tel. 0775/912347 Codice Fiscale 80001920604

ipabceprano@hotmail.it - ipabferrari@pec.it

MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA CONCESSIONE IN USO, ED A TITOLO DI LIBERALITA'-DONAZIONE, DELL'AREA VERDE ED ANNESSI LOCALI ATTIGUI NELLA DISPONIBILITA' DELL'IPAB OSPEDALE CIVICO FERRARI PER LA REALIZZAZIONE DI MANIFESTAZIONI ED INIZIATIVE DI CARATTERE STORICO, ARTISTICO, SOCIALE, CULTURALE E RICREATIVO.

Il sottoscritto (in caso di persone fisiche omettere i dati riguardanti le persone giuridiche)
_____, nato a _____, il
_____, codice fiscale _____, residente in _____, in
qualità di rappresentante legale della Società/Impresa/Consorzio/Ente _____, con
sede legale a _____, in Via _____, n. _____, codice fiscale/partita
IVA _____, Tel. _____
_____, Fax _____, E-mail _____, PEC
_____, consapevole della responsabilità penale per falsità in atti e dichiarazioni
mendaci e delle relative sanzioni, ai sensi de gli articoli 46, 47 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.
445,

CHIEDE

la concessione in uso dell'area giardino Celeste Ferrari (area verde e locali adiacenti) nella disponibilità dell'IPAB Ospedale Civico Ferrari per lo svolgimento dell'iniziativa descritta nel documento allegato.

A tal fine, nella qualità sopra riportata,

DICHIARA

1) di aver verificato mediante sopralluogo lo stato, di fatto e di diritto, dell'immobile oggetto dell'avviso anche con riferimento alla situazione amministrativa e di accettare tale stato di fatto e di diritto esonerando l'IPAB ospedale Civico Ferrari da qualsiasi responsabilità al riguardo;

2) di essere a conoscenza di tutte le condizioni contenute nell'avviso e di accettarle integralmente senza riserva alcuna;

3) che il domicilio al quale dovranno essere inviate tutte le comunicazioni è il seguente: Via _____, Città _____ (___), Telefono _____, Fax _____, E-mail _____, PEC _____.

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i e del Regolamento UE n. 679/2016, si informa che i dati forniti dai richiedenti saranno trattati dall'IPAB Ospedale Civico Ferrari esclusivamente per le finalità connesse alla procedura di cui al relativo Avviso pubblico. Con la presente istanza, il richiedente esprime il proprio consenso al suddetto trattamento.

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante

(del titolare o del legale rappresentante in caso di persona giuridica)

(*) Allegare copia di documento di identità in corso di validità.

(**) Allegare la descrizione dell'iniziativa.

DESCRIZIONE DELL'INIZIATIVA

PER CUI SI RICHIEDE L'USO DEL BENE OGGETTO DELLA RICHIESTA

(descrivere l'iniziativa che si intende svolgere, precisandone i tempi, le finalità e le modalità di realizzazione) _____

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante

(del titolare o del legale rappresentante in caso di persona giuridica)
