

Spett.le Comune di San Giovanni Ilarione
P.zza A. Moro, 5
37035 San Giovanni Ilarione (VR)
sangiovannilarione@cert.ip-veneto.net

Il/La sottoscritto/a (nome) _____ (cognome) _____ nato/a
a _____ (prov.) ____ il _____ residente in (Comune) _____
(prov.) ____ via _____ n. ____ CAP ____ in qualità di legale rappresentante
della Società _____ con sede in _____
Via _____ codice fiscale/ P.IVA _____

Contestualmente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in ordine alla responsabilità penale in caso di falsità di atti e dichiarazioni mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato

DICHIARA

DI OFFRIRE LE SEGUENTI PRESTAZIONI A TARIFFA AGEVOLATA AI RESIDENTI NEL
COMUNE DI SAN GIOVANNI ILARIONE

Così come richiesto nell'avviso "avviso pubblico permanente per manifestazione di interesse per l'individuazione di laboratori di microbiologia e virologia autorizzati e/o accreditati con il servizio sanitario regionale e in possesso dei prescritti requisiti, disponibili ad eseguire e refertare test rapidi e sierologici per contagio da Sars-Cov 2 ai cittadini residenti nel comune di San Giovanni Ilarione a condizioni vantaggiose" e nei relativi allegati.

Il costo dei test sierologici è pari a € _____ ed è a carico del privato cittadino.

Il costo del tampone rapido è pari a € _____ ed è a carico del privato cittadino.

FIRMA

N.B- Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del soggetto firmatario.

Qualora la documentazione venga sottoscritta dal "procuratore/i" della società, dovrà essere allegata copia della relativa procura notarile (GENERALE O SPECIALE) o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza.