

al Comune di .....

p.c. All'Azienda Speciale Servizi alla Persona  
del Territorio Suzzarese  
AZIENDA SOCIALIS  
P.zza Castello, 1  
46029 Suzzara

e p.c. ATS Val Padana – Sede Territoriale  
di Mantova Servizio P.A.C. socio-  
sanitario e socio-assistenziale  
via dei Toscani 1 – Palazzina 10  
46100 Mantova

**OGGETTO: Comunicazione di chiusura Unità d'offerta**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... prov. .... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a .....prov.....  
in via ..... n.....  
Codice fiscale.....  
In qualità di **Legale Rappresentante**, nominato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con atto  
(specificare tipologia atto/provvedimento) .....  
dell'Ente/Società/Organizzazione denominata.....  
natura giuridica .....  
con sede legale a .....  
prov..... in..... n. ....  
telefono ..... fax ..... e-mail .....  
pec ..... sito internet .....  
P.IVA ..... C.F. ....  
data di costituzione/fondazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Polizza Assicurativa per Responsabilità Civile stilata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con  
..... scadenza del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Comunica

La chiusura dell'unità di offerta dell'Unità d'Offerta Sociale denominata.....

.....

telefono ..... Fax .....

E-mail.....

sita nel Comune di ..... prov. ....

in via ..... n. ....

a partire dal giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Con la firma in calce il sottoscritto presta il consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente comunicazione, ai sensi e per gli effetti Regolamento UE n. 2016/679.

Luogo e data

Firma e timbro