

**Modulo formulazione offerta**

**Al COMUNE DI BUCCINASCO**  
**Settore Servizi alla Persona**  
Via Roma, 2  
20090 BUCCINASCO (MI)

Il/La sottoscritto/a (*nome*) \_\_\_\_\_ (*cognome*) \_\_\_\_\_  
nato/a a (*Comune*) \_\_\_\_\_ (*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 SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI OFFRIRE LE SEGUENTI  
PRESTAZIONI AGEVOLATE (NON IN REGIME DI ACCREDITAMENTO CON IL SSN)  
PER COLLOQUI PSICOLOGICI AI RESIDENTI NEL COMUNE DI BUCCINASCO**

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

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

*L'istanza sottoscritta dovrà essere accompagnata da copia del documento di riconoscimento del/i sottoscrittore/i in corso di validità (Art. 38, comma 3, D.P.R. 445/2000).*