



AGENZIA FORMATIVA della PROVINCIA di VARESE

C.F.P. di GALLARATE - C.F.P. di LUINO - C.F.P. di TRADATE - C.F.P. di VARESE - C.F.P.I.L. di VARESE

Allegato B)

**All' Agenzia Formativa
della Provincia di Varese**

agenziaformativavarese@pec.it

**OGGETTO: AFFIDAMENTO DIRETTO DEL SERVIZIO BIENNALE DI SORVEGLIANZA
SANITARIA E DI MEDICO COMPETENTE AI SENSI DEL D. LGS. 81/2008 PER L'AGENZIA
FORMATIVA DELLA PROVINCIA DI VARESE.
MANIFESTAZIONE D'INTERESSE ALL'AVVISO ESPLORATIVO**

Il sottoscritto in qualità di
.....

manifesta l'interesse a partecipare alla procedura di affidamento in oggetto.

Data

Firma del rappresentante legale

.....