

ALLEGATO 5 – MODULO RECAPITI [si prega di compilarlo digitalmente]

Oggetto: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO AI SOGGETTI DEL TERZO SETTORE PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DI EROGATORI DI PRESTAZIONI ATTINENTI A PRATICHE MOTORIE-SPORTIVE E/O DI SOCIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DI PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER PERSONE CON DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN PARTICOLARE, ai sensi dell'art. 55 comma 4 del decreto legislativo n. 117/2017 (CODICE CUP PROGETTO AUTISMO F19G23000380001)

MODULO RECAPITI

Per Utenti:

- RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI: _____
- ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi): _____
- EMAIL: _____

Per comunicazioni interne con SdS Firenze:

- NOME RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO: _____
- TELEFONO: _____
- EMAIL: _____

- NOME RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO: _____
- TELEFONO: _____
- EMAIL: _____

- PEC PER INVIO VOUCHER: _____

Il sottoscritto, letto l'articolo 14 dell'Avviso, **AUTORIZZA** il titolare del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto.

Firma Ente
