

All.to 7 al Capitolato speciale

**“Referente Affidamento”**

**Oggetto:**

**SERVIZIO DI  
ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

**OCCORRENTE ALLA CASA CIRCONDARIALE “SAN VITTORE” DI MILANO, ALLE CASE DI RECLUSIONE DI OPERA E BOLLATE DI MILANO, ALL’AMBULATORIO ODONTOIATRICO DI VIA BELDILETTO N. 1, MILANO ED ALLE SEDI DEL SERD AREA PENALE E PENITENZIARIA PRESENTI PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE SAN VITTORE, LA CASA DI RECLUSIONE DI BOLLATE, LA CASA DI RECLUSIONE DI OPERA, L’ISTITUTO PENALE MINORILE CESARE BECCARIA DI MILANO E RELATIVE SEDI TERRITORIALI DELL’ ASST SANTI PAOLO E CARLO DI MILANO - CIG 789911296D.**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Recapito cellulare \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Carica Sociale \_\_\_\_\_

Firma digitale  
Il Legale Rappresentante/Procuratore

N.B. in caso di firma del procuratore allegare copia della procura