

MODULO DI RICHIESTA CONTRATTUALIZZAZIONE – PRESTAZIONI DI MEDICINA DEL LAVORO
(per Enti Pubblici ed Imprese Private)

Alla c.a.
Azienda Sociosanitaria Figure 5
Via Fazio, 30
19121 La Spezia
protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it

L'Ente Pubblico/Impresa Privata _____ (denominazione), Ufficio
territoriale sito in _____ Prov. ____
Via/P.zza _____ n. _____, P.E.C. istituzionale
_____, tel. istituzionale
_____, in persona del legale rappresentante
_____ (cognome e nome), nato/a a
_____ Prov. ____ il _____, Documento di
riconoscimento (indicare tipologia e numero identificativo: allegare copia fotostatica)
_____, e-mail istituzionale _____

CONSAPEVOLE

delle condizioni contrattuali e tariffarie di medicina del lavoro offerte dall'Azienda Sociosanitaria Figure 5, come meglio specificate al seguente link: <https://www.asl5.liguria.it/PerilCittadino/Medicinadellavoro-Convenzioni.aspx>.

ACCETTANDO LE RISPETTIVE CONDIZIONI GIURIDICHE ED ECONOMICHE
CHIEDE

di stipulare il contratto di cui alla Deliberazione del Direttore Generale di ASL5 n. 304/2023, per usufruire delle relative prestazioni a favore del proprio personale dipendente, per il periodo temporale da _____ a _____.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante
