

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

a partecipare alla sperimentazione per il contrasto del gioco d'azzardo patologico, prevista dalla DGR n. 585 del 1 ottobre 2018 allegato C - Obiettivo 3.2

(su carta semplice intestata dell'Ente richiedente)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente nel Comune di _____

_____ in via/Piazza _____

n. _____ Codice fiscale _____

quale Legale Rappresentante dell'Ente Gestore _____

con sede legale in _____ in Via _____ n. _____

Codice fiscale e/o Partita IVA _____

COMUNICA la disponibilità ed interesse

a svolgere l'attività relativa alla sperimentazione gioco d'azzardo patologico (GAP) per le seguenti tipologie di Servizio:

Cudes	Denominazione Struttura	Servizio	Numero Posti a contratto	Numero Posti non a contratto
		☐ 1 Servizio di diagnosi e definizione dell'esigenza		
		☐ 2 Servizio di trattamento Residenziale		
		☐ 3 Servizio di trattamento residenziale breve e accompagnamento territoriale		
		☐ 4 Servizio di trattamento Semiresidenziale		
		☐ 1 Servizio di diagnosi e definizione dell'esigenza		
		☐ 2 Servizio di trattamento Residenziale		
		☐ 3 Servizio di trattamento residenziale breve e accompagnamento territoriale		
		☐ 4 Servizio di trattamento Semiresidenziale		

Firma del Legale Rappresentante

Luogo e Data _____
