**ALLEGATO 3**

**Regione Marche**

**Servizio politiche Sociali e Sport**

[regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:regione.marche.politichesociali@emarche.it)

**FORNITURA DEL SERVIZIO DI NUMERO VERDE REGIONALE SULLE DIPENDENZE DA SOSTANZE E SULLE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI**

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE**

**DGR n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (indicare delibera di riferimento)

|  |
| --- |
| **Ente:** (natura giuridica, denominazione) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indirizzo sede legale dell’Ente** |  |
| **CAP** |  |
| **Città** |  |
| **Prov.** |  |
| **Tel.** |  |
| **Fax:** |  |
| **E-mail** |  |
| **Legale**  **rappresentante** |  |

|  |
| --- |
| **Referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| * **Ente pubblico** * **Ente privato accreditato presso SSR Marche per servizi in materia di dipendenze** * **Ente privato convenzionato con ASUR Marche per servizi in materia di dipendenze** |

|  |
| --- |
| **Anni di attività certificabili nel settore delle dipendenze (per gli enti privati): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Esperienza nel settore delle dipendenze patologiche** (breve descrizione delle principali attività svolte negli ultimi 5 anni)

|  |
| --- |
| **Esperienza specifica in materia di counseling e counseling telefonico** (breve descrizione delle principali attività svolte negli ultimi 5 anni) |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell’ente sopra indicato manifesta l’interesse alla fornitura del servizio in oggetto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del

legale rappresentante dell’ente titolare