

A.s.F.M. AZIENDA speciale FARMACIE MUNICIPALI – TERNI

AVVISO PUBBLICO

L'Azienda speciale Farmacie Municipali di Terni intende istituire un Albo da utilizzare per l'eventuale esperimento di procedure finalizzate alla scelta di una agenzia per la somministrazione di lavoro a tempo determinato.

A tal fine le agenzie in possesso di tali titoli e requisiti possono presentare istanza tramite apposito "Modello Iscrizione all'Albo Fornitori", scaricabile su questa pagina Web, debitamente compilato e sottoscritto con allegata fotocopia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore (D.P.R. 445/2000) in conformità alle previsioni del presente avviso **entro le ore 14.00 del giorno 20 novembre 2013.**

Le istanze dovranno essere inoltrate secondo le seguenti modalità:

- **A mezzo posta** all'indirizzo: Azienda speciale Farmacie Municipali - Vico Politeama, 3 - 05100 Terni
- **A mezzo posta elettronica certificata** agli indirizzi: afmterni@pec.it

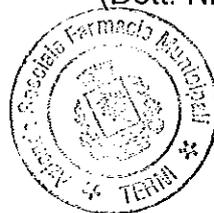
Il recapito del plico rimane ad esclusivo rischio del mittente, ove per qualsiasi motivo lo stesso non giunga a destinazione in tempo utile.

Per informazioni o chiarimenti contattare l' Ufficio Economato A.s.F.M. Sig. Adornato tel. 0744/432640*14 - fax 0744/425161.

Si precisa che la formazione dell'Albo presso l'A.s.F.M. non pone in essere nessuna procedura selettiva, né prevede alcuna graduatoria di merito, ma semplicemente l'individuazione di Agenzie alle quali rivolgere l'invito per l'eventuale esperimento di procedure finalizzate alla somministrazione di lavoro a tempo determinato.

Prot. n° 3022/SE

DEL 24 OTT. 2013



IL DIRETTORE
(Dott. Nicola NULLIPERO)

A handwritten signature in black ink, appearing to read "N. Nullipero", written over the official stamp.

All'Azienda speciale Farmacie Municipali
Vico Politeama, 3
05100 T E R N I

Oggetto: Domanda iscrizione Albo Agenzie Interinali

Istanza di ammissione e connessa dichiarazione

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ residente in _____
codice fiscale o partita I.V.A. _____ recapito a cui indirizzare tutte le
comunicazioni _____
nella sua qualità di _____
della _____
con sede a _____ via _____
con la presente

CHIEDE

di poter essere iscritta all'Albo in oggetto, a tal fine:

DICHIARA

di essere iscritto alla C.C.I.A.A. di _____

di essere iscritto all'Albo Informatico delle Agenzie per il Lavoro

ALLEGA

fotocopia di un documento di identità , in corso di validità

IN FEDE
