

MODULO A

**RICHIESTA PER L'INSERIMENTO NELL' ELENCO APERTO DI STRUTTURE CHE PROPONGONO
TARIFE AGEVOLATE PER PERSONALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA**

I. PROPONENTE

(titolo, nome e cognome, ovvero ragione sociale)

Codice fiscale o partita IVA:

Dati legale rappresentante:

(nome e cognome)

Codice fiscale:

Sede legale: Via/Piazza _____, n. _____, Città _____,

Prov. _____

CAP _____, Telefono _____; Fax: _____;

sito web

E-mail _____, PEC. _____

II. ATTIVITÀ SVOLTA DAL PROPONENTE

**III. CONDIZIONI OFFERTE AL PERSONALE in servizio/formazione presso L'Azienda Ospedaliero-
Universitaria di Modena**

Indicare in breve le condizioni generali di maggior favore riservate al personale dell'Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Modena:
