

Amministrazione e consulenza: modulo di richiesta consulenza OIV/Nucleo di Valutazione Associato in forma collegiale

COMUNE DI _____

Prot. n.

Spett.le S.A.E.L. – Provincia di Campobasso
Via Roma, 47 – 86100 Campobasso
Email: redazioneael@provincia.campobasso.it
PEC: sael@pec.provincia.campobasso.it

Il sottoscritto _____, rappresentante legale del Comune di
_____, nato/a il _____ a
_____, codice fiscale _____,
residente per la carica in Via/P.zza _____ a
_____ Provincia _____, tel. ufficio _____,
tel.mobile _____ fax _____
e-mail _____,

si impegna con la presente richiesta a rimborsare al S.A.E.L. il costo richiesto e

RICHIEDE

di usufruire del servizio di **Consulenza OIV/Nucleo di Valutazione Associato in forma collegiale** specificando di
seguito la richiesta:

Il Responsabile comunale da contattare è:

NOME E COGNOME: _____

EMAIL: _____

N. DI TELEFONO: _____

Costo del servizio:

Enti associati < 2000 abitanti	€ 3.000,00
Enti associati > 2000 abitanti	€5.000,00

Estremi per il versamento:

- Tesoriere della Provincia di Campobasso: Banca Popolare Pugliese - IBAN: **IT 60 K 05262 79748 T20990001071**;
- Codice fiscale Provincia di Campobasso: 00139600704
- Causale da specificare per esteso: "S.A.E.L. Provincia di Campobasso – Consulenza OIV/Nucleo di Valutazione Associato in forma collegiale comune di".

_____, li _____

Firma del Rappresentante Legale del Comune