

Il Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Tel/Fax \_\_\_\_\_ E- Mail \_\_\_\_\_  
P.Iva \_\_\_\_\_  
Rappresentato da \_\_\_\_\_  
Nella sua qualità di \_\_\_\_\_

**RICHIESTE L'ACCESSO ALL'ALBO DI ESPERTI  
(personale degli enti associati) DEL CONSORZIO  
ASMEZ E DEGLI ENTI ASSOCIATI**

*Costituito a favore degli associati Asmez, giusto Avviso pubblico del \_\_\_\_\_*

A tal fine comunica che il perfezionamento della adesione avverrà con la sottoscrizione del presente modulo e la trasmissione a mezzo fax (081-7879992) o via e-mail all'indirizzo [posta@asmez.it](mailto:posta@asmez.it)

---

**Luogo e Data**

**Timbro e firma del Sindaco**  
*o dal Dirigente responsabile*

*All'indirizzo mail indicato verrà inviata la conferma della richiesta con un user ID e una password per l'accesso e la consultazione dell'albo.*