

MODULO 149
GESTIONE CONVENZIONE ESTEMPORANEA

Al Responsabile della AAT di competenza territoriale e alla S.S. Logistica:

Il soggetto richiedente:

_____, con sede in _____,
Via _____ n. _____,
Cod.Fisc. e/o P. IVA _____,
in atto rappresentato dal Sig./Dr. _____,
nato a _____ il __/__/____,
in qualità di legale rappresentante *pro-tempore*

RICHIEDE

La sospensione della convenzione in forma estemporanea standard associata al mezzo di soccorso stazionato presso il Comune di _____

per un numero di giorni(*) pari _____ (indicare il numero)

dal giorno _____ (indicare il giorno di inizio sospensione)

(*) Non è possibile richiedere frazioni di giorno, il giorno è computato come 8 ore di presenza.

Riepilogo convenzione

..... |__| La convenzione Standard prevede le seguenti caratteristiche di servizio, in particolare:

la disponibilità del mezzo di soccorso per un minimo di **32 ore a settimana**, con la possibilità di **sospensione del servizio** per un massimo di **20 giorni/anno (8 ore giorno)**, previo avviso all'Articolazione Aziendale Territoriale (AAT) di riferimento di almeno 15 giorni rispetto al primo giorno di sospensione (comunicazione tramite modulo AREU n°149 "Gestione convenzione estemporanea");

Data _____

Lì _____

In fede
