

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE DI N. 1 STUDIO - AMBULATORIO MEDICO IN SOLZA – VIA SAN PROTASIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____ residente a _____ prov. _____ in
via/piazza _____ Codice Fiscale _____
tel. _____ e-mail _____

MANIFESTA

il proprio interesse all'assegnazione in oggetto per n. 1 studio da destinare ad ambulatorio medico.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni (barrare quanto di interesse):

- ✓ di essere iscritto all'Ordine dei Medici;
- ✓ di essere abilitato all'esercizio della professione sanitaria;
- ✓ di essere stato assegnato all'ambito sanitario di Solza;

DICHIARA ALTRESÌ

- ✓ di aver preso visione di ogni e qualunque parte dell'avviso pubblicato;
- ✓ di aver preso esatta cognizione della natura del comodato e dei criteri per lo svolgimento dell'attività;
- ✓ che nei loro confronti non è stata pronunciata sentenza di condanna passata in giudicato, per reati che incidono sull'affidabilità morale e professionale;
- ✓ di non essere incorsi nelle cause di esclusione di cui all'art. 94 del D.Lgs n. 36/2023 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- ✓ di autorizzare il Comune di Solza al trattamento dei dati personali e sensibili, a norma del Regolamento UE 679/2016;
- ✓ che in seguito all'insediamento dell'ambulatorio si provvederà a comunicare tempestivamente gli orari di apertura dello stesso;
- ✓ di offrire, fermo restando la gratuità del comodato d'uso, l'erogazione di un onere annuo pari a Euro ____ (_____/00) da versare al Comune o, in alternativa, da commutare in un'opera di manutenzione ordinaria quale

Si allega alla presente copia fotostatica del documento d'identità del dichiarante in corso di validità e curriculum vitae aggiornato.

Data _____

Autorizzazione al trattamento dei dati dal Regolamento (UE) n. 679/2016 e del codice della Privacy Italiano, come da ultimo modificato dal D.lgs 101/2018

Data _____ Firma _____