Allegato 2)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le
Comune di ASSAGO
Area Politiche Sociali e Istruzione
Via dei Caduti, 7
20057 Assago (MI)
Pec: sociali@assago.legalmail.it

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA CONCESSIONE IN USO DI LOCALI COMUNALI ADIBITI AD AMBULATORI MEDICI

Il/La sottoscritto/a_____

nato a_____il_____Prov._____

residente in_____Prov._____

Via/Piazza_____

C.F._____P.IVA_____

Tel._____Fax _____

PEC/mail_____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico esplorativo per l'acquisizione di manifestazione di interesse per la concessione in uso di ambulatori medici di proprietà comunale siti in Assago, via Roma n. 2.

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____in data_____;
2) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____;
3) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi di_____al n._____dal_____;
4) di essere convenzionato con l'ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di medico di assistenza primaria;

5) di esercitare l'attività di medico chirurgo nell'ambito dell'ATS Distretto Rho – Ambito di Corsico;
6) di essere in possesso dei requisiti di ordine generale per contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'all'art. 80 D.lgs. 50/2016.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione e di accettare incondizionatamente ogni prescrizione contenuta nell'avviso di cui all'oggetto.

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione relativa alla presente selezione venga inviata al seguente indirizzo:

DR./DR.SSA_____

VIA_____

CAP_____CITTÀ_____

TEL._____FAX_____

EMAIL_____PEC_____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) il sottoscritto autorizza il Comune di Assago al trattamento dei propri dati personali ai fini del presente procedimento.

Luogo e data_____ Firma_____

SI ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL SOTTOSCRITTORE DELLA DOMANDA (in corso di validità) e COPIA DEL CODICE FISCALE.