

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le  
Comune di ASSAGO  
Area Politiche Sociali e Istruzione  
Via dei Caduti 7 20057  
Assago(MI)  
PEC: [sportello.cittadino@assago.legalmail.it](mailto:sportello.cittadino@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'Albo 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 essere in possesso dei requisiti di ordine generale per contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi degli artt. 94 e seguenti D.lgs. n. 36/2023;

6) di esercitare l'attività di medico presso l'ambulatorio sito in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

7) di esercitare l'attività di medico chirurgo nell'ambito dell'ATS Distretto Rho – Ambito di Corsico da n. \_\_\_\_\_ anni e n. \_\_\_\_\_ mesi;

8) di adottare tendenzialmente un simile programma settimanale di apertura all'utenza del proprio ambulatorio:

lunedì \_\_\_\_\_

martedì \_\_\_\_\_

mercoledì \_\_\_\_\_

giovedì \_\_\_\_\_

venerdì \_\_\_\_\_

sabato \_\_\_\_\_

In merito alle unità immobiliari oggetto dell'Avviso Pubblico, il sottoscritto dichiara:

- di aver effettuato il sopralluogo di rito presso l'edificio ove sono ubicate le unità immobiliari oggetto dell'assegnazione in concessione d'uso e di aver preso conoscenza delle reali condizioni della struttura, nonché di tutte le circostanze generali e particolari atte ad influire sulla partecipazione alla successiva procedura.

Il sottoscritto dichiara altresì 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 fatta 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 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**