

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 _____ 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 del D.lgs. 36/2023.

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 _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di Assago nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che, i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici per il procedimento al quale il presente modulo si riferisce, per tale ragione il conferimento dei dati è obbligatorio. In ogni momento Lei potrà chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 22 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, e-mail: info@comune.assago.mi.it

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati, e-mail: dpo@comune.assago.mi.it.

L'informativa privacy completa è disponibile presso l'ufficio di riferimento e presso il sito www.comune.assago.mi.it

Luogo e data _____ Firma _____

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