

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE IN LOCAZIONE DI LOCALI COMUNALI
ADIBITI AD USO AMBULATORI MEDICI SITI NEL COMUNE DI CAVA MANARA**

Al Comune di
Cava Manara

protocollo@cert.comune.cavamanara.pv.it

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
Nato a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____

Visto l'avviso pubblico per la manifestazione di interesse all'assegnazione in locazione di locali comunali adibiti ad uso ambulatori medici siti nel Comune di Cava Manara in via F.lli Rosselli e Piazza Vittorio Emanuele II

MANIFESTA L'INTERESSE

all'assegnazione in locazione dell'ambulatorio medico sito in _____
ed i relativi locali di pertinenza, di cui, al fine di esercitare l'attività di _____

D I C H I A R A

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

- di possedere i requisiti di ordine generale per contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
- di avere preso visione dell'avviso pubblico per la manifestazione di interesse all'assegnazione in locazione di locali comunali adibiti ad uso ambulatori medici siti nel Comune di Cava Manara Via F.lli Rosselli e Piazza Vittorio Emanuele II e di accettarne i contenuti senza condizioni e riserve;
- di impegnarsi sin d'ora al rispetto degli obblighi in capo al Conduttore;
- di essere informato, che i dati raccolti saranno trattati con strumenti informatici/cartacei, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

(barrare solo la casistica interessata)

- Di essere medico di medicina generale (MMG) in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale per lo svolgimento dell'attività di medicina generale della competente ATS assegnati dalla stessa al territorio del Comune di Cava Manara,
 - con anzianità di servizio maturata sul territorio di anni _____
 - con un numero di pazienti residenti in Comune di Cava Manara per i quali presta la propria opera professionale pari a _____
 - Di essere medico di assistenza primaria (MAP) in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale per lo svolgimento dell'attività di medicina generale della competente Azienda Sanitaria Territoriale assegnati dalla stessa al territorio del Comune di Cava Manara,
 - con anzianità di servizio maturata sul territorio di anni _____
 - con un numero di pazienti residenti in Comune di Cava Manara per i quali presta la propria opera professionale pari a _____
 - Di essere medico di assistenza primaria (MMG o MAP) di altri Distretti Sanitari (*specificare tipo di assistenza primaria e distretto di appartenenza*)

 - Di essere professionista della sotto indicata professione sanitaria-riabilitativa / socio-psico-terapeutica:

- di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazione non veritiere di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

Data

Firma del richiedente

N.B. Allegare copia curriculum vitae e copia fotostatica fronte/retro non autenticata di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.