

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE DI N. 1 STUDIO - AMBULATORIO MEDICO  
DA ASSEGNARE A PROFESSIONISTI DEL SETTORE SANITARIO IN TERNO D'ISOLA – VIA BRAVI**

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 per professionisti del settore sanitario

in particolare

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI:**

(barrare il locale d'interesse)

- del locale posto al piano primo di via Bravi, 16 attualmente identificato al N.C.E.U al fg. 5 mapp. 114 sub 710 – piano primo;
- di uno dei due ambulatori medici in corso di realizzazione, con accesso da Via Bravi 9/A, piano rialzato, con forma di condivisione di spazi di attesa e servizi in locale attualmente identificato con il mappale 980 sub.702 fg.5;

**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 o Albo professionale di riferimento;

di essere abilitato all'esercizio della professione sanitaria;

**DICHIARA ALTRESI'**

- 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;
- di non avere subito 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 Terno d'isola al trattamento dei dati personali e sensibili, a norma del Regolamento UE 679/2016;

- che in seguito all' insediamento nell'ambulatorio si provvederà a comunicare tempestivamente gli orari di apertura dello stesso;

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 \_\_\_\_\_