

# MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE DI N. 3 STUDI - AMBULATORI MEDICI DA ASSEGNARE A PROFESSIONISTI DEL SETTORE SANITARIO

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 il locale n. \_\_\_\_\_, da destinare ad ambulatorio medico per professionisti del settore sanitario esercitante professione di \_\_\_\_\_ e con la seguente modalità temporale

- mensile
- giornaliero (indicare le giornate precise e gli orari) \_\_\_\_\_

## 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

- ✓ 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 esatta cognizione delle condizioni esposte nel bando e di altra indicazione in esso contenuta.
- ✓ che nei loro confronti non è stata pronunciata 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 la Cavenago B. Servizi Strumentali srl al trattamento dei dati personali e sensibili, a norma del Regolamento UE 679/2016;

Si allega alla presente copia fotostatica del documento d'identità e Codice Fiscale del dichiarante in corso di validità, curriculum vitae aggiornato, copia iscrizione all' Albo professionale e copia abilitazione all' esercizio della professione sanitaria.

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 \_\_\_\_\_