

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A BANDO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI CONVENZIONATI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE FINALIZZATA ALLA CONCESSIONE IN COMODATO D'USO GRATUITO DI LOCALI COMUNALI DESTINATI AD ATTIVITÀ AMBULATORIALE.

Al Comune di Torri del Benaco

Viale Fratelli Lavanda n. 3

37010 – Torri del Benaco (VR)

PEC: torridelbenaco.vr@cert.ip-veneto.net

Il/La sottoscritto/a Nome e Cognome _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ telefono _____
e-mail _____ PEC _____
iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di _____ al n. _____
in qualità di medico di medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale e con
l'Azienda ULSS _____.

CHIEDE

di partecipare alla selezione pubblica finalizzata all'assegnazione in comodato d'uso gratuito dei locali comunali destinati ad attività ambulatoriale di medicina generale situati presso l'immobile comunale "*Ex scuola elementare Domizio Calderini*" in Viale Fratelli Lavanda n. 26 – Torri del Benaco.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia;
2. di essere regolarmente iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di _____;
3. di essere convenzionato/a con il Servizio Sanitario Nazionale in qualità di medico di medicina generale;
4. di avere attualmente un rapporto convenzionale attivo con l'Azienda ULSS _____;
5. di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità prevista dalla normativa vigente;
6. di non avere procedimenti disciplinari in corso né provvedimenti di sospensione dall'esercizio della professione;
7. di non avere contenziosi pendenti con il Comune di Torri del Benaco;
8. di aver preso visione del bando pubblico e dello schema di contratto di comodato d'uso gratuito e di accettarne integralmente il contenuto senza riserva alcuna;

9. di impegnarsi, in caso di assegnazione, a garantire l'apertura dell'ambulatorio per almeno 12 ore settimanali distribuite su almeno 3 giorni;
10. di impegnarsi a rispettare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie, di sicurezza e di protezione dei dati personali previste dalla normativa vigente;
11. di impegnarsi a stipulare idonea polizza assicurativa professionale e per responsabilità civile verso terzi;
12. di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per finalità connesse alla presente procedura.

DICHIARA INOLTRE

di rendersi disponibile allo svolgimento dell'attività ambulatoriale secondo il seguente calendario indicativo:

Giorno _____	Orario _____
Giorno _____	Orario _____
Giorno _____	Orario _____
Giorno _____	Orario _____

ALLEGA

- ☐ copia documento di identità in corso di validità;
- ☐ curriculum vitae professionale datato e sottoscritto;
- ☐ **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE** (Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)
- ☐ eventuale proposta organizzativa del servizio;
- ☐ ulteriore documentazione utile ai fini della valutazione.

Luogo e data _____

Firma _____