

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER LA SELEZIONE DEL
CONTRAENTE DEL CONTRATTO DI LOCAZIONE USO COMMERCIALE
DELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE DEL COMUNE DI
TERDOBBATE SITO IN VIA ROMA N. 11 - AUTODICHIARAZIONE POSSESSO DEI
REQUISITI.**

**Al Comune di Terdobbiate
Via Roma, 9
28070 Terdobbiate (NO)
Email: info@comune.terdobbiate.no.it
PEC: terdobbiate@cert.ruparpiemonte.it**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____

codice fiscale n. _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

in qualità di medico di medicina generale come da incarico di ATS di _____ del _____ ,
protocollo n. _____

codice fiscale n. _____ partita IVA n. _____

Telefono n.: _____

Mail: _____

PEC: _____

Interessato/a a partecipare alla procedura indetta da codesto Comune con avviso del 09.09.2024 pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente per l'individuazione del contraente ai fini della stipula di un contratto di locazione ad uso commerciale dell'ambulatorio medico di base sito in Terdobbiate, Via Roma n. 11, identificato catastalmente al fg. 7, mapp. 68, consapevole che, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, verranno applicate, ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, oltre alle conseguenze amministrative previste,

DICHIARA

1. Di non essere incorso/a in alcuna delle cause di incapacità a contrarre con la pubblica amministrazione
2. Di Possedere tutte le autorizzazioni e/o requisiti e di rispettare tutte le prescrizioni specifiche dell'attività di medicina generale e di impegnarsi a mantenerle per tutta la durata del contratto
3. Di essere in regola sui versamenti contributivi e fiscali;
4. Di rispettare la normativa sulla sicurezza sul lavoro nonché i contratti di lavoro di categoria applicabili ai propri dipendenti, ove presenti;

5. Di accettare integralmente e senza riserve le condizioni di stipula del contratto indicate nell'avviso pubblico di selezione suindicato
6. Di essere iscritto:
- ☐ all'Albo dei medici di _____ ed attesta i seguenti dati:
> Numero di iscrizione _____ data di iscrizione _____
- ☐ alla cassa previdenza ENPAM ed attesta i seguenti dati:
> Numero di iscrizione _____ data di iscrizione _____
7. Di essere consapevole ai sensi del Regolamento europeo 2016/679 e del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che i dati personali forniti, o comunque acquisiti durante lo svolgimento della procedura, saranno trattati e conservati nel rispetto della vigente normativa per il periodo strettamente necessario all'attività amministrativa correlata.

Data e luogo di sottoscrizione

N.B.: LA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE, SE SOTTOSCRITTA CON FIRMA AUTOGRAFA, DEVE ESSERE CORREDATA DA COPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE; SE SOTTOSCRITTA DIGITALMENTE, NON NECESSITA DI COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE.