



Comune di Casteggio

PROVINCIA DI PAVIA

SETTORE SERVIZIO N.5

Via Castello, 24 27045 - CASTEGGIO (PV)

CENTRALINO 0383/80781- FAX 0383.82472

E-mail ufficio.commercio@comune.casteggio.pv.it Pec casteggio@pcert.it

ALLEGATO A

a: Comune di Casteggio (PV)

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER UTILIZZO DI SPAZI DISPONIBILI POSTI ALL'INTERNO DI IMMOBILE COMUNALE DESTINATI AD USO AMBULATORIO MEDICO

Il/la Sottoscritto/a....., nato a,
provincia..... il___/___/___, Codice Fiscale, medico professionista,
in possesso di idoneo titolo di studio e di regolare iscrizione al proprio albo professionale (se prevista),
convenzionato con il Distretto Oltrepò e titolare di P. IVAcon sede
legale inVia.....n.....
telefonoe-mail.....@.....
pec:@.....

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Alla partecipazione alla procedura per l'affidamento in concessione dei locali siti in Piazza Martiri della Libertà in Casteggio, Piano Terra, adibiti ad ambulatorio medico, composti da n. 1 ambulatorio, ingresso, sala d'attesa, servizio igienico (da condividere con ambulatori ASST già locati - come da piantina allegata all'Avviso), e più precisamente:

- Ambulatorio – mq 16,76
- Sala d'attesa – mq 14,78
- Servizio igienico – mq 6,93

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE IN CASO DI RILASCIO DI DICHIARAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 D.P.R. 445/2000

DICHIARA

(SPUNTARE LA DICHIARAZIONE CHE SI INTENDE RILASCIARE)

- ☐ di non avere clausole di esclusione previste dall'art.80 del D.Lgs. 50/2016;
- ☐ di essere medico di base, in servizio, afferente alla competente ATS Pavia, convenzionato con il Distretto sanitario Oltrepò;
- ☐ di non disporre di ambulatori medici nel Comune di Casteggio;
- ☐ di disporre alla data di presentazione della domanda di un numero di assistiti pari a_____;
- ☐ di disporre di assistiti residenti nel Comune di Casteggio;
- ☐ di accettare tutto quanto precisato nell'avviso;
- ☐ di non avere sanzioni amministrative ed in particolare di sanzioni interdittive o di misure cautelari interdittive di cui al D.Lgs. 231/2001;
- ☐ di essere disponibile a sottoscrivere una convenzione, a sostenerne le relative spese e ad essere disponibile ad attuare una corretta compatibilità oraria con gli ambulatori in essere.

Firma

ALLEGATI:

- ☐ fotocopia del documento d'identità del/i dichiarante/i in corso di validità, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445/00.