

SCHEMA TIPO DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Spett.le ASST Santi Paolo e Carlo

protocollo@pec.asst-santipaolocarlo.it

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via/Piazza _____

n. _____ cod. fiscale _____, Partita IVA n. _____

C H I E D E

di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in comodato d'uso di locale presso:

- ☐ **Ambulatorio Socio Sanitario di via Saponaro 1/a Municipio 5**
- ☐ **Ambulatorio Socio Sanitario di via Odazio 4 Municipio 6**
- ☐ **Ambulatorio Socio Sanitario di via Mar Jonio 2 angolo P.zza Selinunte 1 Municipio 7**

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n.445, art.76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

- 1)** di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso _____ in data _____.
- 2)** di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____;
- 3)** di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ al n. _____ dal _____;

- 4) di essere convenzionato con il Dipartimento Interaziendale Cure Primarie di Milano in qualità di medico di assistenza primaria da _____;
- 5) di far parte/non far parte di medicina di gruppo/rete nell'ambito di _____ con i seguenti colleghi: _____;
- 6) di aver/non aver riportato condanne penali;
- 7) di aver/non aver procedimenti penali in corso;
- 8) di non essere stato escluso dall'elettorato attivo o passivo;
- 9) di non aver subito sospensioni dall'attività professionale per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato;
- 10) di aver/non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico.
- 11) Disponibilità a partecipare/non partecipare a progetti di presa in carico della cronicità/ fragilità anche sul domicilio, in collaborazione con il personale dell'Ambulatorio Socio Sanitario Territoriale/CdC Hub;

In merito alla unità immobiliare oggetto della manifestazione, il sottoscritto dichiara:

- di aver effettuato il sopralluogo di rito presso la sede dell'ASST al cui interno sono ubicate le unità immobiliari oggetto della manifestazione ed è stata presa visione della situazione;
- che non verranno accampate situazioni tipo mancata conoscenza di condizioni ovvero sopravvenienza di elementi non valutati o considerati.
- Il seguente orario di studio che verrà osservato in caso di assegnazione degli spazi, come di seguito dettagliato:

GIORNO SETTIMANALE	ORARIO
lunedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
martedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
mercoledì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
giovedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
venerdì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
sabato	dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente manifestazione venga fatta al seguente indirizzo:

DR. /DR.SSA _____

VIA _____CAP _____CITTÀ _____

TELEFONO _____CELLULARE _____FAX _____

E-MAIL _____PEC _____

Autorizza, infine, l'ASST al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della manifestazione in oggetto.

Si allega fotocopia di documento in corso di validità del dichiarante + copia codice fiscale.

_____, lì _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.