**ALLEGATO 1: DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

da inviare tramite PEC a comune.casirate@halleycert.it entro e non oltre le ore 12:00 del 02/06/2024

Spett.le

Comune di Casirate d’Adda

Viale Massimo d’Azeglio n. 5

24040 CASIRATE D’ADDA (BG)

**OGGETTO: DOMANDA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA CONCESSIONE IN COMODATO D’USO DI AMBULATORIO MEDICO SITO IN CASIRATE D’ADDA - BG**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_

cittadino\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito presso il quale deve essere inviata qualsiasi comunicazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

**CHIEDE**

di partecipare all’avviso pubblico esplorativo per l’acquisizione di manifestazione di interesse finalizzata alla concessione in comodato d’uso di ambulatorio medico sito in Casirate d’Adda – BG, per un numero totale di ore settimanali pari a:

* 20 ore settimanali;
* 15 ore settimanali;

a decorrere indicativamente dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nota: la decorrenza del contratto verrà in ogni caso concordata con l’Amministrazione comunale)

**E DICHIARA**

* di non avere avuto condanne penali e non avere carichi pendenti,
* di possedere i requisiti di ordine generale per contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell’art. 94-98 D.lgs. 36/2023;
* di non avere avuto risoluzioni di contratto con la pubblica amministrazione;
* di svolgere la propria attività nel distretto ATS Pianura Occidentale nell’ambito territoriale Arzago d’Adda – Casirate d’Adda - Treviglio e di essere convenzionato con ATS;
* di utilizzare l’ambulatorio per lo svolgimento dell’attività di medico di medicina generale.
* di essere disponibile ad articolare l’apertura ambulatoriale:
* per 6 giorni alla settimana
* per 5 giorni alla settimana
* per 4 giorni alla settimana
* per 3 giorni alla settimana
* per 2 giorni alla settimana
* per 1 giorno alla settimana

* di aver preso visione e di accettare integralmente quanto contenuto nell’avviso di cui all’oggetto
* di essere consapevole che la presente dichiarazione è da ritenersi semplice manifestazione di interesse e non costituisce impegno sia per il sottoscritto che per l’Amministrazione comunale;

Data ………………………………….. Timbro e Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato

* Documento di identità del sottoscrittore