## ALLEGATO “A”

Al Comune di Vanzaghello

Il sottoscritto/a nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.I. residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ via n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rappresentante legale di Struttura Sanitaria**





**(specificare quale)**

## Rappresentante legale di Poliambulatorio





## (specificare quale)

**Rappresentante / Presidente di Servizio di emergenza territoriale 118**





**(specificare quale)**

## Medico di Assistenza primaria





**Medico di medicina generale**









Recapito a cui si desidera ricevere comunicazioni:

Indirizzo:

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell: E-mail:

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;

vista ed accettata in ogni sua parte la “*Manifestazione di interesse per il conferimento di locali comunali siti nel Comune di Vanzaghello da adibire a Strutture Sanitarie, Poliambulatori, Ambulatori medici e Servizi di emergenza territoriale 118”*

# MANIFESTA INTERESSE

all’assegnazione in locazione dei locali comunali siti nell’immobile di Via Albarina n. 17 in Vanzaghello da poter fruire come ambulatori.

Descrive sinteticamente la proposta di impiego degli spazi e gli elementi necessari a valutare qualitativamente la tipologia di attività da svolgere (ambulatoriale, medicina di base, croce con o senza ambulanza ecc…) la modalità (giorni, orari ecc…), la ricaduta sull’utenza (ambulatori aperti al pubblico, apparecchi elettromedicali utilizzati ecc…):

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dichiara di essere in possesso dei requisiti di ordine generale per poter contrarre con la pubblica amministrazione, di cui agli art. 94/95 del D.Lgs. 36/2023.

Luogo, data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_