

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ASSEGNAZIONE IN LOCAZIONE DI LOCALI COMUNALI ADIBITI AD USO AMBULATORI MEDICI SITI NEL COMUNE DI TREVILOLO FRAZIONI CURNASCO E RONCOLA**

Al Comune di  
TREVILOLO  
Via Roma 43 - 24048 Treviolo (BG)

p.e.c. [comune.treviolo@legalmail.it](mailto:comune.treviolo@legalmail.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- Visto l'avviso pubblico per la manifestazione di interesse all'assegnazione in locazione di locali comunali adibiti ad uso ambulatori medici siti nel Comune di Treviolo frazioni Curnasco e Roncola

**MANIFESTA L'INTERESSE**

all'assegnazione in locazione dell'ambulatorio medico sito in Treviolo frazione .....

Via ..... ed i relativi locali di pertinenza, di cui, al fine di esercitare l'attività

di .....

**D I C H I A R A**

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

- di possedere i requisiti di ordine generale per contrattare con la Pubblica Amministrazione ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. 50/2016;

di non avere

di accettare in concessione il locale nello stato di diritto e di fatto in cui si trova;

- di avere preso visione dell'avviso pubblico per la manifestazione di interesse all'assegnazione in locazione di locali comunali adibiti ad uso ambulatori medici siti nel Comune di Treviolo frazioni Curnasco e Roncola e di accettarne i contenuti senza condizioni e riserve;

- di impegnarsi sin d'ora al rispetto degli obblighi in capo al Comodatario;

- di essere informato, che i dati raccolti saranno trattati con strumenti informatici/cartacei, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

- l'assenza di cause ostative alla contrattazione con la pubblica amministrazione ex art. 80 del Dlgs. n. 50/2016;

*(barrare solo la casistica interessata)*

- Di essere medico di medicina generale (MMG) in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale per lo svolgimento dell'attività di medicina generale della competente Azienda Sanitaria Territoriale assegnati dalla stessa al territorio del Comune di Treviolo,
  - con anzianità di servizio maturata sul territorio di anni \_\_\_\_\_
  - con un numero di pazienti residenti in Comune di Treviolo per i quali presta la propria opera professionale pari a \_\_\_\_\_
- Di essere medico di assistenza primaria (MAP) in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale per lo svolgimento dell'attività di medicina generale della competente Azienda Sanitaria Territoriale assegnati dalla stessa al territorio del Comune di Treviolo,
  - con anzianità di servizio maturata sul territorio di anni \_\_\_\_\_
  - con un numero di pazienti residenti in Comune di Treviolo per i quali presta la propria opera professionale pari a \_\_\_\_\_
- Di essere medico di assistenza primaria (MMG o MAP) di altri Distretti Sanitari (*specificare tipo di assistenza primaria e distretto di appartenenza*):  
\_\_\_\_\_
- Di essere professionista della sottoindicata professione sanitaria-riabilitativa / socio-psico-terapeutica:  
\_\_\_\_\_

- di essere consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazione non veritiere di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

Data .....

Firma del richiedente

---

**N.B. Allegare copia fotostatica fronte/retro non autenticata di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.**