

Allegato Sub A Avviso pubblico

Oggetto:	Istanza di ammissione selezione pubblica concessione triennale ambulatorio Cavallino
-----------------	---

Il Sottoscritto:

Cognome e nome

Comune di nascita

Codice Fiscale

		data di nascita

In qualità di:

Indirizzo

Località

Codice Fiscale

Medico	*Specificare se medico di medicina generale o pediatra di libera scelta		
Convenzionato con l'Ulss 4 Veneto Orientale			
via		nr.	barr.
CAP	Comune		Prov
		partita I.V.A.	

Tel.

Tel

e-mail

Il Sottoscritto:

Cognome e nome

Comune di nascita

Codice Fiscale

		data di nascita

In qualità di:

Indirizzo

Località

Codice Fiscale

Medico	*Specificare se medico di medicina generale o pediatra di libera scelta		
Convenzionato con l'Ulss 4 Veneto Orientale			
via		nr.	barr.
CAP	Comune		Prov
		partita I.V.A.	

Tel.

Tel

e-mail

CHIEDE /CHIEDONO

Di poter essere ammesso/i alla procedura selettiva pubblica per la concessione triennale dell'Ambulatorio di Cavallino come previsto nell'avviso pubblico approvato con determinazione n. 453 del 28/02/2019

DICHIARA/DICHIARANO

- di rispettare e accettare integralmente tutte le disposizioni e le condizioni previste dall'avviso pubblico più sopra richiamato compreso lo schema del disciplinare di concessione (allegato sub C);
- di avere in carico un numero di pazienti pari a _____ per il medico _____ e pari a _____ per il medico _____ (indicare il numero di pazienti in carico a ciascun medico qualora la domanda venga presentata da più medici).

Informativa ai sensi Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati).

Il sottoscritto/i dichiara/dichiarano di essere informato/i che i dati sopra forniti verranno trattati per l'espletamento di funzioni istituzionali da parte del Comune, solo con modalità e procedure strettamente necessarie per le operazioni e i servizi connessi con i procedimenti e i provvedimenti che lo riguardano.

	firma
Data _____	_____
	firma

<input type="checkbox"/> si allega fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante/dei dichiaranti (in corso di validità)	