

Allegato Sub A Avviso pubblico

| | |
|-----------------|--|
| Oggetto: | Istanza di ammissione selezione pubblica concessione triennale ambulatorio Treporti |
|-----------------|--|

Il Sottoscritto:

Cognome e nome

Comune di nascita

Codice Fiscale

| | | |
|--|-----------------|--|
| | | |
| | data di nascita | |
| | | |

In qualità di:

Indirizzo

Località

Codice Fiscale

Tel.

| | | | |
|--|--------|----------------|-------|
| Medico di medicina Generale | | | |
| Convenzionato o dipendente Ulss 4 Veneto Orientale | | | |
| via | | nr. | barr. |
| CAP | Comune | | Prov |
| | | partita I.V.A. | |

Tel.

Tel

e-mail

CHIEDE

Di poter essere ammesso alla procedura selettiva pubblica per la concessione triennale dell'Ambulatorio di Treporti come previsto nell'avviso pubblico approvato con determinazione n. 396 del 15/05/2019

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del Testo Unico n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo Testo Unico, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

1. di avere in carico un numero di pazienti pari a _____
2. di possedere i requisiti generali di partecipazioni previsti nell'avviso pubblico più sopra specificato;
3. 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);

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 dichiara di essere informato 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.

| | |
|---|-------------|
| Data _____ | firma _____ |
| <input type="checkbox"/> si allega fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante (in corso di validità) | |