IN CARTA LIBERA – Allegato A)

Spettabile
COMUNE DI VALLELAGHI
Ufficio di Segreteria - Protocollo
Via Roma n. 41 - Vezzano
38096 VALLELAGHI

Oggetto: Manifestazione di interesse per la concessione in uso temporaneo e non esclusivo di locali comunali ad uso ambulatorio per lo svolgimento di attività sanitario-specialistica presso l'immobile p.ed. 100/3 c.c. Padergnone.

Il sottoscritto …… nato il ……..……a……

residente in …….. Via ……

C.F.…….

In qualità di professionista sanitario …….

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:

n. di telefono ……

e-mail ……

eventuale PEC ……

MANIFESTA

l proprio interesse ad essere individuato/a quale concessionario/a in uso non esclusivo e temporaneo dei locali ad uso ambulatoriale messi a disposizione dal Comune di Vallelaghi presso l'immobile ex sede municipale in p. ed. 100/3 in C.C. Padergnone.

a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità

1. REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE E TITOLI

□ Di esercitare la seguente professione sanitaria / sociosanitaria / parasanitaria:
_____

□ Di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante:
_____ conseguito presso _____
in data __/__/____;(se applicabile)

□ Di essere regolarmente iscritto/a all'Albo / Ordine / Collegio professionale dei/degli _____ della Provincia di _____ al n. __ a decorrere dal _____

2. REQUISITI DI ORDINE GENERALE

□ Di non versare in alcuna delle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione previste dalla normativa vigente;

□ Di non avere in corso contenziosi giudiziali o stragiudiziali con il Comune di Vallelaghi e di non risultare moroso nei confronti del medesimo Ente per tributi, canoni o tariffe locali;

□ Di non aver riportato condanne penali passate in giudicato e di non avere procedimenti penali in corso che impediscano la contrattazione con la Pubblica Amministrazione o l'esercizio della professione sanitaria;

3. COPERTURA ASSICURATIVA
   Di essere in possesso di idonea polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Professionale n. _____, rilasciata dalla compagnia _____, con scadenza il_____ e massimale pari a € _____, specifica a copertura dei rischi connessi all'esercizio dell'attività professionale svolta nei locali concessi;

4. PROPOSTA DI UTILIZZO E CALENDARIO RICHIESTO
   - □ Di richiedere l'utilizzo dell'ambulatorio per la seguente tipologia di prestazioni / branca specialistica:_____ _____

   Di richiedere, preferibilmente, la concessione del seguente locale:
   - □ Ambulatorio n. 1 (mq. 22,15)
   - □ Ambulatorio n. 2 (mq 17)
   - □ Ambulatorio n. 3 (mq 10,00 – con lavandino)

   per n° __ giorni alla settimana (max 3), individuati preferibilmente come di seguito *(compilare le opzioni di interesse):*

   Giorno della Settimana
   - □ Lunedì
   - □ Martedì
   - □ Mercoledì
   - □ Giovedì
   - □ Venerdì
   - □ Sabato

   ☐ Manifesto inoltre l'interesse alla concessione in via esclusiva dell'ambulatorio nel caso non vi fossero altri richiedenti.

5. ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DELL'AVVISO
   - □ Di aver preso completa e integrale visione dell'Avviso Pubblico indetto dal Comune di Vallelaghi e di accettarne incondizionatamente tutte le clausole, prescrizioni e condizioni;
   - □ Di accettare e impegnarsi a corrispondere le tariffe d'uso stabilite con la Deliberazione della Giunta Comunale n. ***/2026;
   - □ Di prendere atto ed accettare che la concessione ha natura precaria, temporanea e non esclusiva, e che è facoltà del Comune di Vallelaghi revocarla in qualsiasi momento per sopravvenuti motivi di pubblico interesse ex art. 21-quinquies L. 241/1990, previa comunicazione formale, senza che ciò dia diritto a indennizzi o risarcimenti di sorta, fatto salvo il conguaglio/rimborso delle somme già versate per periodi non usufruiti;
   - □ Di impegnarsi direttamente a provvedere alla pulizia ordinaria e sanificazione dei locali assegnati al termine di ciascun periodo di utilizzo, nonché alla corretta gestione e allo smaltimento dei rifiuti speciali e/o sanitari derivanti dall'attività svolta, sollevando il Comune di Vallelaghi da qualsiasi responsabilità al riguardo.

DOCUMENTI ALLEGATI OBBLIGATORI
I/Le sottoscritto/a allega alla presente manifestazione di interesse:
- □ Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (ex art. 38 D.P.R. 445/2000);
- □ Curriculum vitae professionale, datato e firmato;
- □ Copia della polizza assicurativa RCT/Professionale in corso di validità; (Eventuale)
- □ Relazione sintetica sull'attività specialistica che si intende svolgere e sui benefici per la comunità locale.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta all'Art. 7 dell'Avviso Pubblico e presta il proprio consenso al trattamento dei dati forniti per le sole finalità connesse alla gestione del procedimento esplorativo in oggetto e alla stipula dell'eventuale

Data _____

_____

FIRMA