



---

**Facsimile DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Spett.le  
ASST Rhodense  
Viale Forlanini, 95  
20024 Garbagnate Milanese

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

**Di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in comodato d'uso dei locali presso il Poliambulatorio Territoriale di Arese**

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000n.445, art. 76 e s.m.i. ) con la presente dichiara:

- 1) Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_
- 2) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data \_\_\_\_\_
- 3) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 4) di essere convenzionato con l'ASST Rhodense in qualità di Medico di Medicina Generale Dal.....
- 5) di essere disponibile a partecipare a progetti di presa in carico della cronicità/fragilità anche sul domicilio, in collaborazione con il personale della CDC;



- 6) di essere / non essere medico di nuovo inserimento;
- 7) di essere titolare di incarico nell'ambito elementare sede del Poliambulatorio di Arese;
- 8) di far parte / non far parte di medicina di gruppo / rete nell'ambito di \_\_\_\_\_  
con i seguenti colleghi \_\_\_\_\_
- 9) di aver / non aver riportato condanne penali;
- 10) di aver / non aver procedimenti penali in corso
- 11) di non essere stato esclusivo dall'elettorato attivo o passivo
- 12) di non aver subito sospensioni dall'attività professionali per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato;
- 13) di aver / non aver rapporti di dipendenza o convenzionati con le Agenzie del Servizio Sanitario Nazionale (in caso positivo indicare i nominativi aziende e periodi)  
.....  
.....
- 14) di aver / non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico (in caso positivo indicare i nominativi aziende e periodi)  
.....  
.....  
.....

In merito alle unità immobiliari oggetto della manifestazione di interesse, il sottoscritto dichiara il seguente orario di studio che verrà osservato in caso di assegnazione degli spazi, come di seguito dettagliato:

GIORNO SETTIMANALE	ORARIO
Lunedì	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____
Martedì	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____
Mercoledì	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____
Giovedì	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____
Venerdì	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____
Sabato	Dalle ore ____:____ alle ore ____:____



Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente manifestazione di interesse venga fatta al seguente indirizzo:

Dott. / Dott.ssa \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Autorizza, infine, l'ASST Rhodense al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini dell'espletamento della manifestazione in oggetto

Si allega fotocopia del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del dichiarante.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_