



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 giorno ___/___/___ residente a

_____ in via _____ n. _____

C.F. _____ P.I. _____,

CHIEDE

Di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in comodato d'uso gratuito di locale presso:

- Casa di Comunità di Settimo Milanese, via della Libertà 33;
- Casa di Comunità di Lainate, via Circonvallazione Ovest s.n.c.;
- Casa di Comunità di Cornaredo, via Vanzago 58;
- Casa di Comunità di Bollate, via Piave 20;
- Casa di Comunità di Paderno Dugnano, viale della Repubblica 13;
- Casa di Comunità di Garbagnate Milanese, via per Cesate 62;
- Casa di Comunità di Senago, via Leonardo da Vinci 59;
- Casa di Comunità di Corsico, via dei Lavoratori 42.

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n.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 degli Studi di _____

in data ___/___/___ con il punteggio di _____;

2) 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 / non essere medico di nuovo inserimento;
- 5) di essere convenzionato con l'ASST Rhodense in qualità di Medico di Assistenza Primaria dal ___/___/_____, con ambulatorio nel comune di _____ in via _____ n. ___ quale:
- Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta titolare;
 - Medico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta con incarico temporaneo (consista con ambito).
- 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 far parte / non far parte di Forma Associativa Avanzata - medicina di gruppo / rete nell'ambito di _____ con i seguenti colleghi _____;
- 7) di aver / non aver riportato condanne penali;
- 8) di aver / non aver procedimenti penali in corso;
- 9) di non essere stato esclusivo dall'elettorato attivo o passivo;
- 10) di non aver subito sospensioni dall'attività professionali per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato;
- 11) 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) _____;
- 12) di aver / non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico (in caso positivo indicare i nominativi aziende e periodi)

-
-
- 13) di essere / non essere disponibile a partecipare a progetti di presa in carico della cronicità / fragilità anche sul domicilio, in collaborazione con il personale della CdC;
- 14) di essere / non essere disponibile a partecipare a progetti di “continuità dell’assistenza”;
- 15) di essere / non essere disponibile all’aggregazione in Forme Associative Avanzate (da indicare se non si fa già parte di una FAA);
- 16) di essere / non essere disponibile ad utilizzare strumenti e/o programmi informatici per la gestione dei dati sanitari degli assistiti che si integrino con l’infrastruttura informatica in uso per le altre funzioni ospitate dalla CdC;
- 17) di essere / non essere disponibile a svolgere attività oraria ai sensi dell’art. 28 comma 2 dell’ACN, disciplinata dall’Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2025 che prevede un riconoscimento economico pari a € 90,00/ora;
- 18) In merito alle unità immobiliari oggetto della manifestazione di interesse, il sottoscritto dichiara:
- che non verranno rilevate eccezioni correlate alla mancata conoscenza delle condizioni ovvero sopravvenienza di elementi non valutati o considerati;
 - 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 _____ N. _____ 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.

Luogo _____, li _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445.