Amministrazione destinataria

Comune di Visco

Ufficio destinatario

Ufficio segreteria

Domanda di concessione in uso di locali adibiti ad ambulatorio medico

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo

Denominazione/Ragione sociale | **Tipologia**

Sede legale

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Codice Fiscale | **Partita IVA**

Telefono | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio | **Provincia** | **Numero Iscrizione**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio comunale e relative attrezzature per il periodo compreso

Dal | **Al**

Nei seguenti giorni e orari

- [ ] lunedì

Orario

- [ ] martedì

Orario

- [ ] mercoledì

Orario

- [ ] giovedì

Orario

- [ ] venerdì

Orario

- [ ] sabato

Orario

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- [x] di accettare in ogni sua parte il regolamento per l'utilizzo e la gestione degli ambulatori comunali e relative attrezzature
- [x] che l'uso viene richiesto per attività ambulatoriale di Libero professionista nel seguente settore
  - ○ socio-sanitario

    Specificare il settore e la qualifica o attività

  - ○ socio-assistenziale

    Specificare il settore e la qualifica o attività

- [x] di assumere a titolo personale ogni e qualsiasi responsabilità circa il corretto uso del locale e delle attrezzature in dotazione, impegnandosi a risarcire ogni eventuale danno venisse arrecato da chiunque
- [x] di essere edotto che tutti gli adempimenti amministrativi, fiscali e di qualunque altra natura si rendessero necessari in correlazione all'uso del locale e allo svolgimento della professione si intenderanno di esclusiva responsabilità del richiedente, intendendosi altresì che il Comune e il suo personale sono sollevati da ogni e qualsiasi responsabilità
- [x] di risconoscere altresì che il Comune, per sopraggiunte esigenze di pubblico interesse, potrà insindacabilmente revocare in ogni tempo, totalmente o parzialmente, con semplice preavviso di due mesi l'uso degli ambulatori, salvo comprovata urgenza

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [x] certificazione attestante il titolo ad esercitare la professione
- [ ] copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Visco		