



COMUNE DI MOZZO

Provincia di Bergamo

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DI STUDI E LOCALI DA DESTINARE AD ATTIVITÀ MEDICHE E SANITARIE

MODULO DI RICHIESTA

OGGETTO: DOMANDA DI UTILIZZO ONEROSO DI SPAZI DA ADIBIRE A STUDIO MEDICO O PER ATTIVITÀ SANITARIE

Il/la sottoscritto/a

Cognome: _____ Nome: _____

C.F.: _____ Tel.: _____

e-mail: _____ Data di nascita: ____ / ____ / _____

in qualità di

- medico di base;
 libero professionista;
 rappresentante legale o delegato/a del seguente ente

Ragione Sociale _____

Sede legale _____

C.F. _____

P.IVA _____

CHIEDE

l'utilizzo a titolo oneroso degli spazi disponibili come da planimetria allegata (Foglio 3 Particella 4432 Subalterno 6 Interno 19) per l'esercizio della propria professione indicativamente per i seguenti giorni e orari (non vincolanti):

Giorno	dalle ore	alle ore	dalle ore	alle ore
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				
Domenica				

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

tel. 035 455 6670 | serviziapersona@comune.mozzo.bg.it

Responsabile Manenti Antonello

tel. 331 146 9543 | antonello.manenti@comune.mozzo.bg.it

COMUNE DI MOZZO

piazza Costituzione 5 (BG) 24030 | P.IVA C.F. 00707040168
www.comune.mozzo.bg.it | tel. 035 455 66 00

comune@pec.comune.mozzo.bg.it
protocollo@comune.mozzo.bg.it



A tale scopo

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 445/00 e dell'articolo 1 del Decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 403, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci queste saranno punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445,

che verranno svolte le seguenti attività:

- attività relative all'esercizio della professione di Medico di Base;
postì liberi disponibili _____
postì massimi _____
postì già occupati da residenti di Mozzo _____

- erogazione di servizi e prestazioni sanitarie (centri prelievi, diagnostici, ecc.)
specificare il tipo di prestazioni

- attività relative all'esercizio della professione privatistica di medico (studi privati)
specificare l'ambito medico di competenza e/o specializzazione

Dichiara inoltre:

- di aver letto e compreso l'allegato Avviso;

Data e firma (anche digitale)

ALLEGATI OBBLIGATORI

La domanda dovrà essere firmata (digitalmente in caso di invio via email) ed essere corredata obbligatoriamente di copia del documento di riconoscimento in corso di validità del/della dichiarante.