

ALLEGATO A)

Al Dirigente del
Servizio Patrimonio
del Comune di Massa

C.F.: 00181760455
Via Porta Fabbrica, 1 – MASSA

PEC: comune.massa@postacert.toscana.it

OGGETTO: ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE – CONCESSIONE IN LOCAZIONE DI SPAZI COMUNALI ADIBITI AD AMBULATORIO PRESSO LA SEDE DELLA FARMACIA COMUNALE N. 4

Il/La sottoscritto/a
nato/a il a, Prov.
residente in, Via/Piazza
N°, Prov., C.F. P.IVA
Tel., Email, PEC

In qualità di:

- ☐ medico di medicina generale
☐ pediatra di libera scelta
☐ specialista in libera professione (specificare la specializzazione)

.....
.....
.....

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'acquisizione di manifestazione di interesse per la locazione del/i seguente/i locale/i di proprietà comunale adibiti ad ambulatorio presso la sede della Farmacia Comunale n. 4:

- ☐ **Locale A**
☐ **Locale B**

e dichiara di essere interessato all'utilizzo dei locali per le seguenti attività (si veda Art. 9 dell'avviso – Criteri di valutazione):

.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di aver preso visione e di accettare incondizionatamente ogni prescrizione contenuta nell'Avviso di cui all'oggetto;
- di possedere i requisiti di ordine generale per poter contrarre con la Pubblica Amministrazione di cui agli Artt. 94 e seguenti del D.Lgs. 36/2023;
- di essere consapevole che la presente dichiarazione è da ritenersi semplice manifestazione di interesse e non costituisce impegno sia per il sottoscritto che per l'Amministrazione comunale;
- di aver effettuato il sopralluogo come richiesto nell’Avviso di manifestazione di interesse.

Massa, li _____

Firma (firma digitale)

Allegati:

- ☐ Documentazione conforme all’originale/autocertificazione attestante la qualità di medico di medicina generale / pediatra di libera scelta e l’abilitazione all’esercizio della funzione sul territorio del Comune di Massa;
- ☐ Documentazione comprovante la libera professione/specializzazione;