

MODELLO 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Prov _____
Cap _____ via _____ n _____
CF/Partita IVA _____
indirizzo e-mail _____
indirizzo PEC (se in possesso) _____
Cell _____ Tel _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole di quanto stabilito dall'art.76 del medesimo D.P.R. in merito alla responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

DICHIARA

di partecipare alla procedura aperta relativa al "BANDO DI LOCAZIONE PER USO PROFESSIONALE SANITARIO DELL'UNITA' IMMOBILIARE DI PROPRIETÀ COMUNALE SITA IN VIA DELLA REPUBBLICA 15 A VILLA SANTINA GIA' ADIBITA AD AMBULATORIO MEDICO":

(barrare una e una sola casella che interessa)

per proprio conto/per proprio conto;

oppure

in qualità di procuratore del/della Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____

giusta procura notarile allegata in originale/copia autenticata alla presente;
in quanto

(barrare una e una sola casella che interessa)

Professionista appartenente all'Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale (ASU FC)

Professionista di altre Aziende per l'Assistenza Sanitaria regionali e/o nazionali

Professionista di Aziende private o professionista in regime di libera professione in ambito sanitario

DICHIARA ALTRESÌ

(barrare la casella che interessa)

di aver conseguito la laurea in _____

in data _____ presso _____

di aver conseguito la specializzazione in _____

in data _____ presso _____

Iscritto all'Albo professionale dei/ degli _____

della Provincia di _____ al numero _____

- che a carico del sottoscritto non sono state pronunciate condanne con sentenze passate in giudicato per reati per i quali è prevista l'applicazione della pena accessoria dell'incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;
- l'inesistenza di cause ostative di cui alla normativa antimafia;
- l'insussistenza dello stato di interdizione o inabilitazione e che a proprio carico non sono in corso procedure per la dichiarazione di nessuno di tali stati;

-
- che a carico del sottoscritto non esistono procedure di sfratto per morosità o di occupazione senza titolo;
 - di aver preso cognizione dello stato di fatto e di diritto dell'immobile;
 - di aver preso piena cognizione e di accettare integralmente e senza alcuna riserva le condizioni di locazione riportate nel bando di gara e nello schema di contratto allegato al bando stesso;
 - di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. UE 2016/679 e la loro comunicazione a soggetti terzi, per le finalità connesse all'espletamento della gara, compresa la verifica della loro sussistenza e veridicità, ed allo svolgimento dell'eventuale successivo rapporto contrattuale, secondo le modalità di legge.

Luogo e Data _____

Timbro e/o Firma: _____

Allegati:

Fotocopia di un valido documento di Identità

Cauzione provvisoria (di cui al precedente punto 10)

Modello 4 - DICHIARAZIONE DI AVVENUTA VISITA DEI LOCALI

MODELLO 2

OFFERTA TECNICA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Prov _____
Cap _____ via _____ n _____
CF/Partita IVA _____
indirizzo e-mail _____
indirizzo PEC (se in possesso) _____
Cell _____ Tel _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole di quanto stabilito dall'art.76 del medesimo D.P.R. in merito alla responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

(barrare una e una sola casella che interessa)

per proprio conto/per proprio conto;

oppure

in qualità di procuratore del/della Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____

giusta procura notarile già allegata in originale/copia autenticata alla "Documentazione Amministrativa – Busta A – Modello 1",

DICHIARA

Di soddisfare i seguenti requisiti ai fini della locazione dell'immobile:

(barrare una e una sola casella che interessa)

TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA

- Appartenente all'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASU FC)
- Appartenente ad altre Aziende per l'Assistenza Sanitaria regionali e/o nazionali
- Appartenente ad aziende private o liberi professionisti in ambito sanitario

TIPI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA

- Medicina di base ivi compresa pediatria
- Attività socio-psico-terapeutiche
- Altre attività sanitarie e di riabilitazione

N. DI ORE DI ASSISTENZA AL PUBBLICO

(Indicare il numero di ore settimanali)

→ _____ ore alla settimana.

TEMPISTICA DELL'AVVIO DELL'ATTIVITÀ

(Indicare la tempistica di avvio dell'attività dopo la stipula del contratto Es.: entro 10 giorni, 20, giorni, 30 giorni etc. ...)

→ _____.

Luogo e Data _____

Timbro e/o Firma: _____

Allegati:

Fotocopia di un valido documento di Identità.

MODELLO 3

OFFERTA ECONOMICA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Prov _____
Cap _____ via _____ n _____
CF/Partita IVA _____
indirizzo e-mail _____
indirizzo PEC (se in possesso) _____
Cell _____ Tel _____

Ai sensi e per gli effetti degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole di quanto stabilito dall'art.76 del medesimo D.P.R. in merito alla responsabilità penale derivante da dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

(barrare una e una sola casella che interessa)

per proprio conto/per proprio conto;

oppure

in qualità di procuratore del/della Sig/Sig.ra _____

Nato/a a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____

giusta procura notarile già allegata in originale/copia autenticata alla "Documentazione Amministrativa – Busta A – Modello 1",

OFFRE

rispetto al canone mensile posto a base di gara di Euro 400,00, al netto di IVA, un importo mensile di:

Euro (*in cifre*) _____,

Euro (*in lettere*) _____,

Luogo e Data _____

Timbro e/o Firma: _____

Allegati:

Fotocopia di un valido documento di Identità.

