

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA CHE ESERCITANO LA PROPRIA ATTIVITA' PRESSO AMBULATORI SITUATI NEL COMUNE DI PREDORE

Al Comune di Predore

Il/la _____ sottoscritto/a
_____ nato/a a
_____ il ____ / ____ / ____
_____ residente nel Comune di _____ [Cap
_____] _____ indirizzo: _____ Via/Piazza
_____ Codice
Fiscale _____
_____ Tel. _____ cell. _____ e-mail

In qualità di

- ☐ Medico di Medicina Generale
☐ Pediatra di Libera Scelta

a) che esercita la propria attività ambulatoriale presso un ambulatorio situato nel Comune di Predore
posto in (indirizzo): _____

RICHIEDE

l'erogazione di un contributo sulla base dei requisiti e modalità specificati nell'apposito avviso,
(Allegato A);

DICHIARA:

(ai sensi degli articoli 46 e 47 d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445)

- ☐ di svolgere, presso l'ambulatorio posto nel Comune di Predore, la propria attività professionale

ALLEGA

- ☐ fotocopia di un documento di identità in corso di validità;
☐ certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici;
☐ copia dichiarazione Codice IBAN;
☐ copia del contratto di locazione/titolo di proprietà dell'immobile utilizzato per ambulatorio, o altra documentazione comprovante l'attività svolta nel Comune di Terno d'Isola;

AZIONI RELATIVE ALLA RACCOLTA DEI DATI PERSONALI (Decreto Legislativo n. 196/2003 e
DGPR approvato con regolamento UE n. 679/2016).

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali Regolamento UE 679/2016;
Decreto Legislativo n. 101 del 10/08/2018 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa
nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio,
del 27 aprile 2016,

relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché
alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, i dati personali raccolti con le

domande presentate ai sensi del presente bando saranno trattati con strumenti informatici e utilizzati nell'ambito del procedimento per l'erogazione dell'intervento secondo quanto stabilito dalla normativa.

Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza. L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione dell'intervento ai sensi del presente bando e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio.

Il Titolare del trattamento dei dati è individuato nel Comune di Predore.

Il sottoscritto richiedente _____ autorizza il trattamento dei dati ai sensi della sopra indicata normativa.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali assunte, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver compilato la presente dichiarazione e che quanto in essa espresso è vero ed è documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti. Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite.

Predore, _____

IL DICHIARANTE _____