

Modulo di presentazione della manifestazione di interesse all'acquisizione in affitto di n. 4 ambulatori medici siti in Via Ansedonia n. 47, Comune di Castiglione della Pescaia, in forma associata c.d. Medicina di Gruppo

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il _____ residente
a _____ () in Via _____ n. __, codice
fiscale _____ in qualità di _____;

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il _____ residente
a _____ () in Via _____ n. __, codice
fiscale _____ in qualità di _____;

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il _____ residente
a _____ () in Via _____ n. __, codice
fiscale _____ in qualità di _____;

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ () il _____ residente
a _____ () in Via _____ n. __, codice
fiscale _____ in qualità di _____;

(di seguito "soggetti interessati")

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

MANIFESTA

il proprio interesse – senza che ciò integri un'offerta contrattuale vincolante – all'acquisizione in forma associata c.d. medicina di gruppo:

- N. 4 ambulatori medici

DICHIARA:

- a) di non trovarsi nella situazione di interdizione, inabilitazione o soggezione ad amministrazione di sostegno previste dalla legge e che, a proprio carico, non sono in corso procedure per la dichiarazione di alcuno dei predetti stati;
- b) di non aver riportato condanne penali, con sentenza passata in giudicato, che comportino la perdita o la sospensione della capacità di contrarre con la pubblica amministrazione;
- c) di non trovarsi in alcuna delle condizioni ostative previste dalla normativa antimafia e che tali condizioni non sussistono nemmeno nei confronti delle persone con essa conviventi risultanti dallo stato di famiglia;
- d) di non trovarsi in alcuna delle cause che comportino l'esclusione dall'affidamento dei contratti pubblici, ai sensi dell'art. 94-98 del D.Lgs. n. 36/2023.

Si precisa che:

Nel caso in cui la domanda sia presentata da più soggetti costituenti una c.d. medicina di Gruppo la domanda deve indicare gli elementi identificativi di tutti i componenti nonché deve essere corredata in calce, per la sua validità, della firma di tutti i soggetti.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

1. Allegare fotocopia, non autenticata, di un documento di riconoscimento, in corso di validità, del dichiarante;
2. Allegare proposta gestionale dell'offerta medica ovvero, documento nel quale si indichino i giorni e orari di apertura, la presenza di un'assistenza infermieristica se presente;

3. Allegare in documento separato le proposte mediche specialistiche ossia diverse da quelle quotidianamente svolte ambulatorialmente che si intende mettere a disposizione della popolazione attraverso il coinvolgimento di medici privati e/o facenti parte di strutture ospedaliere.

Luogo, data _____

Firma