

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN USO DEGLI AMBULATORI MEDICI COMUNALI

Il sottoscritto _____
C.F. _____ Nato/a a _____ Il _____
Residente a _____ In Via _____
Tel. _____ Cell. _____ mail _____

In qualità di

- Libero professionista settore socio-sanitario o socio-assistenziale (specificare settore e qualifica/attività) _____
- Legale rappresentante dell'associazione _____

Visto ed accettato in ogni sua parte il regolamento per l'utilizzo e la gestione degli ambulatori comunali e relative attrezzature

CHIEDE

Di poter fruire dell'uso dell'**ambulatorio n. 1** e relative attrezzature:

per il periodo dal _____ al _____

nei seguenti giorni ed orari:

Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Oppure

Di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio n. 2 e relative attrezzature:

per il periodo dal _____ al _____

nei seguenti giorni ed orari:

Orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Salvo disponibilità ed in accordo con le esigenze del Comune e della cittadinanza in modo da poter garantire il miglior servizio possibile.

A tal fine

DICHIARA

- 1) Che l'uso viene richiesto per
 - Attività ambulatoriale di Libro professionista settore socio-sanitario o socio-assistenziale (specificare settore e qualifica/attività):

- 2) Di assumere a titolo personale ogni e qualsiasi responsabilità circa il corretto uso del locale e delle attrezzature in dotazione, impegnandosi a risarcire ogni eventuale danno venisse arrecato a chiunque;
- 3) Di essere edotto che tutti gli adempimenti amministrativi, fiscali e di qualunque altra natura si rendessero necessari in correlazione all'uso del locale e allo svolgimento della professione si intenderanno di esclusiva responsabilità del richiedente, intendendosi altresì che il Comune e i suo personale sono sollevati da ogni e qualsiasi responsabilità;
- 4) Di riconoscere altresì che il Comune, per sopraggiunte esigenze di pubblico interesse, potrà insindacabilmente revocare in ogni tempo, totalmente o parzialmente, con semplice preavviso di tre mesi l'uso degli ambulatori, salvo comprovata urgenza;
- 5) Di allegare idonea certificazione attestante il titolo ad esercitare la professione.

PULIZIA

Il Sottoscritto nomina il Sig./la Sig.ra _____
Nato/a il _____ a _____
Residente a _____ in Via _____ Cell. _____
Quale responsabile della pulizia dell'ambulatorio medico dichiarando sin d'ora che al termine dell'utilizzo del locale, lo stesso sarà immediatamente riordinato e pulito affinché possa essere regolarmente garantito il successivo utilizzo.

Data _____

FIRMA**

** La richiesta non è valida se non è completa della fotocopia di un valido documento di riconoscimento del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____

DICHIARA

Di aver letto le informazioni di cui all'art. 13 al D.Lgs. 196/2003 in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.Lgs. 196/2003,

ACCONSENTE

Al trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio.

Data _____

Firma leggibile per esteso
