

DOMANDA DI CONTRIBUTO

PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA CHE
ESERCITANO (O INTENDANO ESERCITARE) LA PROPRIA ATTIVITA' PRESSO
AMBULATORI SITUATI NEL CENTRO STORICO DELLA CITTÀ

Al Comune di Siena
Direzione "Servizi alla Persona ed Istruzione"
Servizio "Sociale, Terzo Settore, Sanità"

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 centro storico del Comune di Siena,

posto in (*indirizzo*): _____
e distinto in catasto al foglio n. _____ particella n. _____ sub _____ categoria _____

oppure

b) che intende avviare, entro il 30 Aprile 2025, la propria attività presso un ambulatorio situato nel centro storico del Comune di Siena,

posto in (*indirizzo*): _____
e distinto in catasto al foglio n. _____ particella n. _____ sub _____ categoria _____

RICHIESTE

l'erogazione di un contributo *UNA TANTUM* 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 centro storico della città, un numero di ore, rispetto al totale della propria attività:
 - inferiore al 50%;
 - uguale o superiore al 50%;
- numero di assistiti a tempo indeterminato: _____

ALLEGA

In caso di Richiedente di cui al punto a)

- 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 centro storico del Comune di Siena;

oppure

In caso di Richiedente di cui al punto b)

- copia di un documento di identità in corso di validità;
- certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici;
- copia dichiarazione Codice IBAN;
- dichiarazione di impegno ad avviare l'attività ambulatoriale nel centro storico entro il 30 Aprile 2025 ed a presentare, in momento successivo, la seguente documentazione integrativa:
- Comunicazione dell'Avvio dell'attività;
- Copia del contratto di locazione/titolo di proprietà dell'immobile utilizzato per ambulatorio, o altra documentazione comprovante l'attività avviata nel centro storico del Comune di Siena.

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 Siena – Direzione Servizi alla Persona e Istruzione.

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.

Siena, _____ IL DICHIARANTE _____

*Il presente modulo, con allegati gli altri documenti richiesti, dovrà pervenire al Comune di Siena – Direzione Servizi alla Persona ed Istruzione – Servizio Sociale Terzo Settore, Sanità entro il **il 31/01/2025** secondo le seguenti modalità di trasmissione:*

- *trasmissione a mezzo posta certificata (PEC) al seguente indirizzo: comune.siena@postacert.toscana.it;*
- *consegna diretta all'Ufficio Protocollo – Palazzo Pubblico - P.zza del Campo, 1.*
- *a mezzo posta indirizzata al Comune di Siena – Piazza Il Campo n. 1 – 53100 Siena; anche in tale caso la domanda dovrà pervenire entro il termine del **il 31/01/2025** non farà fede la data di inoltro del plico.*