

ALLEGATO A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER L'UTILIZZO DI SPAZI AD USO AMBULATORIALE MEDIANTE CONTRATTO DI SERVICE

Spett.le

SOCIETA' MULTISERVIZI ROVERETO srl

Via Pasqui, 10

38068 – ROVERETO (TN)

via PEC smr.tn@legalmail.it

Oggetto	Manifestazione di interesse per l'utilizzo di spazi ad uso ambulatoriale mediante contratto di service presso il Centro Commerciale Rover Center, viale del Lavoro n. 18, Rovereto (TN)
---------	---

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto /a _____,

C.F. _____ nato/a a _____ il ____ / ____ / _____,

residente a _____ in via _____ n. _____,

cap.: |_|_|_|_|_|, in provincia di _____, n. tel. _____,

pec _____ e-mail _____

in qualità di:

☐ professionista singolo

☐ legale rappresentante / referente di studio associato, associazione professionale, società tra professionisti o altro soggetto organizzato

Denominazione del soggetto organizzato:

con sede a: _____ in via _____ n. _____,

cap.: |_|_|_|_|_|, in provincia di _____, n. tel. _____,

pec _____ e-mail _____

codice fiscale: _____ e partita IVA: _____

2. MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a manifesta il proprio interesse all'utilizzo, mediante contratto di service, di uno o più spazi ad uso ambulatoriale e dei relativi servizi accessori presso il Centro Commerciale Rover Center, in viale del Lavoro n. 18, Rovereto (TN), secondo quanto previsto dall'avviso pubblico di Società Multiservizi Rovereto S.r.l.

3. DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci,

dichiara:

1. di svolgere la seguente attività professionale:

2. che l'attività che si intende svolgere presso lo spazio ambulatoriale è la seguente:

3. che i professionisti che utilizzeranno concretamente lo spazio, in caso di studio associato, gruppo di professionisti o altra forma organizzata, sono i seguenti:

Nominativo	Qualifica professionale

4. di essere in possesso dei requisiti professionali e abilitativi necessari per lo svolgimento dell'attività proposta;
5. di essere iscritto/a al competente albo, ordine o registro professionale, ove previsto:
albo/ordine/registro: _____
n. iscrizione: _____ data: _____
7. di essere in possesso di partita IVA, ove necessaria;
8. di essere in possesso di adeguata polizza di responsabilità civile professionale, ove richiesta dalla normativa applicabile;
9. di impegnarsi a svolgere l'attività nel rispetto della normativa vigente e con piena assunzione degli obblighi autorizzativi, professionali, fiscali, previdenziali, assicurativi, igienico-sanitari, di sicurezza e di protezione dei dati personali eventualmente applicabili;
10. di non trovarsi in situazioni che impediscano o limitino, secondo la normativa vigente, il legittimo esercizio dell'attività professionale proposta;
11. di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarne integralmente contenuti, condizioni e modalità;
12. di essere consapevole che:
- ☐ la presente procedura ha finalità esplorativa e comparativa;
 - ☐ la presentazione della manifestazione di interesse non comporta alcun diritto all'assegnazione degli spazi né alla stipula del contratto;
 - ☐ la procedura non dà luogo a graduatoria né ad automatismi selettivi;
 - ☐ SMR procederà a una valutazione di idoneità comparativa delle proposte pervenute, ai fini

dell'eventuale assegnazione degli spazi;

☐ SMR potrà individuare uno o più soggetti idonei, definendo l'assegnazione in uso esclusivo o condiviso, oppure non dare seguito alla procedura;

13. di impegnarsi, su richiesta di SMR, a fornire chiarimenti o integrazioni formali relativi alla presente manifestazione di interesse.

4. ELEMENTI DELLA PROPOSTA

A. Preferenza per lo spazio richiesto

- ☐ Unità Ambulatoriale A
☐ Unità Ambulatoriale B
☐ indifferente / entrambe compatibili

B. Modalità di utilizzo richiesta

- ☐ uso esclusivo
☐ uso condiviso
☐ disponibilità ad entrambe le modalità

C. Frequenza di utilizzo richiesta

- ☐ n. _____ giorni a settimana
☐ n. _____ ore a settimana
☐ altro: _____

D. Preferenza non vincolante per i giorni della settimana

- ☐ lunedì
☐ martedì
☐ mercoledì
☐ giovedì
☐ venerdì
☐ sabato

eventuali precisazioni:

E. Fasce orarie preferenziali

- ☐ mattina
☐ pomeriggio
☐ intera giornata

oppure specificare:

F. Data indicativa di avvio dell'attività

G. Descrizione sintetica della proposta

(indicare, in modo sintetico, l'attività che si intende svolgere, le modalità organizzative, l'articolazione dell'utilizzo richiesto e ogni altro elemento utile alla valutazione della compatibilità della proposta con gli spazi e con l'assetto organizzativo definito da SMR)

H. Eventuali ulteriori elementi utili ai fini della valutazione

5. ALLEGATI

Il/La sottoscritto/a allega alla presente:

- ☐ copia del documento di identità del sottoscrittore, in caso di firma autografa
- ☐ curriculum professionale del richiedente
- ☐ curriculum dei professionisti indicati
- ☐ documentazione illustrativa della proposta
- ☐ altro: _____

6. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa da Società Multiservizi Rovereto S.r.l. ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della normativa vigente.

Luogo e data _____

Firma

La dichiarazione potrà essere **sottoscritta digitalmente**.

In caso di **firma autografa** dovrà essere allegata **copia della carta di identità** del sottoscrittore.

Nel caso di studio associato, gruppo di professionisti o altra forma organizzata, la domanda deve essere sottoscritta dal legale rappresentante o dal referente indicato, fermo restando l'obbligo di indicare nominativamente i professionisti che utilizzeranno concretamente gli spazi.