Al Magnifico Rettore

Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale

pec: [protocollo@pec.unicas.it](mailto:protocollo@pec.unicas.it)

Oggetto: Manifestazione d’interesse per attivazione servizio di medicina preventiva/di base presso l’ambulatorio medico allestito nella Casa dello Studente di Cassino.

Il sottoscritto …………………………………………………………....…............ c.f. ……………………………………………………..………

nato a ………………………………………………..............…………(………….……...…..) il ….………………....….…………………..….…

residente in …………..……………………………..........…………...….......................……….…. provincia ….……..………….…….

via …………..…………………………………..……...………….…..……………………………............….…..… n. ..………….….…....………

recapito telefonico ............................................, mail .........................................................................

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto evidenziata.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità di:

1. essere iscritto all’Albo dei medici di base;
2. essere in possesso di una polizza RC professionale per copertura del rischio;
3. avere un’adeguata conoscenza della lingua inglese;
4. dedicare n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore totali di apertura al pubblico dell’ambulatorio così suddivise:
5. lunedi \_\_\_\_\_\_\_\_ martedi \_\_\_\_\_\_\_\_ mercoledi \_\_\_\_\_\_\_\_ giovedi \_\_\_\_\_\_\_\_ venerdi \_\_\_\_\_\_\_\_;
6. avere il seguente numero di assistiti in carico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
7. essere a conoscenza che la presente richiesta non vincola in alcun modo l’Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale e l’Ente DiSCo che saranno liberi di seguire anche altre procedure e/o di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa;
8. voler ricevere tutte le successive comunicazioni al seguente indirizzo di posta certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
9. acconsentire, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e s.m.i., al trattamento dei propri dati per le esclusive esigenze connesse alla presente procedura.

*Lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*N.B.: Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.*