

MODELLO DI DOMANDA

Manifestazione di interesse rivolta a medici specialisti per prestazioni gratuite a favore di soggetti fragili

Al Comune di Diamante
Ufficio Welfare

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Codice Fiscale _____

con studio professionale in _____

telefono _____ PEC _____

iscritto/a all'Ordine dei _____

specializzazione _____

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse finalizzata all'erogazione gratuita di prestazioni sanitarie specialistiche a favore di soggetti in carico ai Servizi Sociali comunali.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di essere regolarmente iscritto al competente Ordine professionale;
- di essere disponibile ad effettuare gratuitamente fino ad un massimo di n. 10 prestazioni annue;
- di impegnarsi a collaborare con il Servizio Sociale comunale secondo le modalità concordate;
- di accettare integralmente le condizioni previste dall'Avviso Pubblico;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR.

Si allegano:

- copia documento di identità;
- copia iscrizione all'Ordine professionale;

Luogo e data _____

Firma