



COMUNE DI MONTECARLO

Provincia di Lucca

AREA SERVIZI AL CITTADINO

Tel. 0583229735 - fax 0583228920

e-mail: assistentesociale@comune.montecarlo.lu.com

Responsabile: Dott.ssa Valentina Ninci

ALLEGATO 1: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Spett.le

Comune di Montecarlo

Via Roma n. 56

55015 Montecarlo

Al Titolare Area "Servizi al cittadino"

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA CONCESSIONE DI UN IMMOBILE DI PROPRIETA' COMUNALE AD USO AMBULATORIO MEDICO UBICATO IN SAN SALVATORE VIA D. MINZONI N. 67

II/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____ Prov. _____

residente in _____

Via/Piazza _____

C.F. _____ Tel. _____

e-mail _____

TITOLO DI STUDIO _____

Recapito presso il quale deve essere inviata qualsiasi comunicazione inerente il presente avviso:

Tel. _____ e-mail _____

PEC: _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per la concessione di ambulatorio medico di proprietà comunale sito in San salvatore Via Don Minzoni n. 67



COMUNE DI MONTECARLO

Provincia di Lucca

AREA SERVIZI AL CITTADINO

Tel.0583229735-fax 0583228920

e-mail: assistentesociale@comune.montecarlo.lu.com

Responsabile: Dott.ssa Valentina Ninci

E DICHIARA

1. di non avere avuto condanne penali e avere carichi pendenti,

2. Di essere residente nel Comune di Montecarlo

3. Di essere residente nel Comune di _____

4. Di aver preso visione e di accettare incondizionatamente ogni prescrizione contenuta nell'avviso di cui all'oggetto

Data _____

Timbro e Firma _____

Allegare copia di un valido documento di identità del sottoscrittore.