

Al Sig. Sindaco del Comune di Muros  
Via Brigata Sassari, 66  
07030 Muros  
PEC: protocollo@pec.comune.muros.ss.it

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE TEMPORANEA IN LOCAZIONE AMBULATORIO COMUNALE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
P.I. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ iscritto all'All'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provin-  
cia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Medico di base  
 Medico pediatra  
 Altro professionista area sanitaria specialista in \_\_\_\_\_

preso atto ed accettato integralmente l'Avviso pubblico approvato con Determinazione del Segretario comunale n.102/236 del 30.08.2021;

**CHIEDE**

Di poter usufruire in locazione dell'immobile adibito ad uso ambulatoriale secondo gli orari presumibili come sotto indicati:

Ambulatorio A						
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Orario Mattino						
Orario Serale						

Ambulatorio B						
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
Orario Mattino						
Orario Serale						

Dichiara altresì:

1. Che le informazioni su riportate corrispondono al vero e di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, D.P.R. n. 445/2000.
2. Di accettare integralmente l'Avviso pubblico approvato con Determinazione del Segretario comunale n.102/236 del 30.08.2021;

Si allega copia di un valido documento d'identità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL MEDICO RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_