

**Oggetto: Manifestazione d'interesse a svolgere i servizi di assistenza sanitaria e dei servizi correlati per il pronto soccorso veterinario.**

**Dichiarazione di possesso dei requisiti di ordine speciale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante con potere di rappresentanza della ditta/società/associazione denominata \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail/PEC \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.

**DICHIARA**

il possesso dei seguenti requisiti di ordine speciale:

- a.** Laurea in medicina veterinaria conseguita nell'a.a. \_\_\_\_\_ presso l'Università \_\_\_\_\_;
- b.** iscrizione all'Albo dei medici veterinari di \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- c.** Ambulatorio/Clinica situato nel Comune di \_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_;
- d.** di essere in regola con i contributi ENPAV;
- e.** disponibilità all'interno dell'ambulatorio e/o clinica di:
  - locali per gli interventi di chirurgia;
  - locali per la degenza;
  - strumentazione medica e dispositivi diagnostici richiesti espressamente per ciascuna tipologia di struttura.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del Concorrente

#### **AVVERTENZE**

**Il presente modello, debitamente compilato, deve essere inoltrato in formato PDF e sottoscritto con firma digitale.**