Comune di Medicina

SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL TERRITORIO
Servizio Imprese Sport e Cultura
Tel. 051 6979241-239-243
Email suap@comune.medicina.bo.it

Spett.le Comune di Medicina
Servizio Imprese Sport e Cultura

DOMANDA PER INCENTIVO ECONOMICO AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE PER PRESENZA AMBULATORIALE NELLE FRAZIONI DI VILLAFONTANA E SANT'ANTONIO – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov._____ Via/Piazza _____

C.F. _____ P.IVA _____

PEC _____ e-mail _____

telefono _____ cellulare _____

In qualità di Medico di Medicina Generale convenzionato con l'AUSL di Imola

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

l'erogazione dell'incentivo in conto affitto per l'esercizio di attività ambulatoriale in convenzione con il SSN, ai sensi della Deliberazione di Giunta comunale n. 193 del 17/11/2026

e a tal fine DICHIARA

- di svolgere la propria prestazione professionale sanitaria presso l'ambulatorio medico sito nella:
  - ☐ Frazione di Villafontana a Medicina (BO) in Via _____ n. _____;
  - ☐ Frazione di Sant'Antonio a Medicina (BO) in Via _____ n. _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di Medicina Generale della Provincia di _____ al numero _____;
- che il locale in cui si esercita attività ambulatoriale possiede i requisiti di sicurezza ed igienico-sanitari previsti dalla normativa nazionale, regionale e comunale;

Comune di Medicina

SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL TERRITORIO
Servizio Imprese Sport e Cultura
Tel. 051 6979241-239-243
Email suap@comune.medicina.bo.it

- di non essere titolare di diritti di proprietà, usufrutto, uso e abitazione su immobili idonei o adeguabili ad uso ambulatoriale, nella frazione sopraindicata;

- di aver stipulato un contratto di locazione regolarmente registrato presso l'Agenzia delle Entrate intestato al sottoscritto richiedente in corso di validità per l'anno 2026

D I C H I A R A
inoltre

Di assumersi tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari relativi a Contratti\Cottimi\Incarichi\Convenzioni in essere, che il proprio conto corrente dedicato a commesse pubbliche è il seguente:

Istituto Bancario\Poste Italiane: _____ - Agenzia di _____ sul quale dovranno essere effettuati i pagamenti tramite bonifico bancario\postale, così come previsto dalla L. 136/2010.

Nro. c\c: _____

ABI: _____

CAB: _____

CIN: _____

COD.IBAN: _____

La\e persona\e delegata\e ad operare è\sono:
(indicare generalità: nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, funzione ecc.);

_____

Si dichiara altresì di essere informato ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali UE 2016/679 (GDPR) che i dati personali raccolti con la presente domanda saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è presentata. L'utilizzo dei dati richiesti ha come finalità quella connessa alla gestione della procedura per l'erogazione della misura di cui in oggetto e pertanto il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Medicina. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web del Comune all'indirizzo https://www.comune.medicina.bo.it/informativa-privacy
I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati società Lepida ScpA designato, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679, dal Titolare sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ente allo stesso indirizzo.

Comune di Medicina

SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL TERRITORIO
Servizio Imprese Sport e Cultura
Tel. 051 6979241-239-243
Email suap@comune.medicina.bo.it

Si allegano:

- copia del documento di identità in corso di validità del richiedente;
- copia del contratto di locazione e della registrazione dello stesso presso l'Agenzia delle Entrate, in corso di validità per l'anno 2026 (se non già in possesso dell'Amministrazione)

_____li _____

Il richiedente

_____

Il Responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 5 della L. 241/1990, è il Dirigente del Settore programmazione e gestione del Territorio, Arch. Sisto Astarita.
Per informazioni e chiarimenti si prega di inviare una mail all'Ufficio Suap suap@comune.medicina.bo.it

La domanda deve essere presentata **entro le ore 10:00 del 30/11/2026**, tramite consegna del presente modulo e degli allegati:

- via PEC all'indirizzo suap@pec.comune.medicina.bo.it
- a mano presso lo Sportello polifunzionale del Comune di Medicina, via Libertà 103, negli orari di apertura.