**MODELLO B**

Spett.le BRINDISI MULTISERVIZI S.R.L.

 Via Prov.le S. Vito n. 187

 72100 Brindisi

**OGGETTO: “ASSISTENZA VETERINARIA SPECIALISTICA AGLI ESEMPLARI CANINI ED AI GATTI DEL LOCALE DI STAZIONAMENTO TEMPORANEO RICOVERATI PRESSO IL CANILE RIFUGIO COMUNALE POSTO ALLA C.DA S. LUCIA”**

**DICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E SS.MM**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 765 del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Di essere in possesso del titolo di studio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al nr di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Di disporre, a titolo di proprietà

 €SI

€NO (in tal caso allegare nulla-osta all’utilizzo dei locali di altro ambulatorio sottoscritto dal Direttore sanitario, come previsto all’art. 6 dell’Avviso)

 in un raggio non superiore a 50 km dal Canile Comunale di Brindisi, di un ambulatorio e/o clinica veterinaria recante la seguente ragione sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dotata di:

* 1. locali per gli interventi di chirurgia, anche di alta specializzazione;
	2. reparto degenza con osservazione medica;
	3. terapia intensiva con box ossigeno;
	4. almeno nr 5 box riservati per l'esecuzione del servizio di che trattasi
	5. almeno nr. 1 ecografo;
	6. almeno nr. 1 radiografo;
1. Di essere in regola con l'iscrizione e la contribuzione all'ENPAV;
2. Di non trovarsi in una delle condizioni di incapacità a contrattare con la Pubblica Amministrazione previste dall’art. 32 ter del Codice penale e dall’art. 80 del D. lgs. 50/2016;
3. Di aver stipulato polizza di Responsabilità civile, in corso di validità, con la Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_, nr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Di nominare quale medico supplente il dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di cui allega curriculum vitae;
5. Di accettare tutte le condizioni dell’Avviso Pubblico.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità