**Allegato “B”**

 Al Comune di San Rocco al Porto

Piazza della Vittoria n.3

 26865 San Rocco al Porto LO

**RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN USO DEGLI AMBULATORI COMUNALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_ in qualità di:

 Medico di medicina generale convenzionato con ATS

 Pediatra di libera scelta convenzionato con ATS

Recapito a cui si desidera ricevere comunicazioni:

Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viste ed accettate in ogni loro parte le linee guida per l’utilizzo e la gestione degli ambulatori comunali e relative attrezzature

CHIEDE

Di poter fruire dell’uso dell’ambulatorio comunale sottoindicato e relative attrezzature:

  STUDIO “A” disponibile dal 01/04/2025

  STUDIO “B” in condivisione in condivisione e disponibile rispettivamente dal 01/05/2025 e dal 01/11/2025

nei seguenti giorni ed orari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GIORNO | FASCIA 1 (8.00-14.00) | FASCIA 2 (14.00-20.00) |
| Lunedì |  |  |
| Martedì |  |  |
| Mercoledì |  |  |
| Giovedì |  |  |
| Venerdì |  |  |
| Sabato |  |  |

in accordo con le esigenze del Comune e della cittadinanza in modo da poter garantire il miglior servizio possibile.

A tal fine

DICHIARA

1. Che l’uso viene richiesto per: (descrizione specialità per la quale intende prestare
 attività)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Di acconsentire al trattamento dei dati di cui all’art. 8 delle linee guida per la concessione

in uso di locali comunali adibiti ad ambulatori medici.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 'GDPR', il Comune di San Rocco al Porto nella qualità di Titolare del trattamento, la informa che, i Suoi dati personali sono trattati, sia in forma cartacea che con strumenti elettronici per il procedimento al quale il presente modulo si riferisce, per tale ragione il conferimento dei dati è obbligatorio. In ogni momento Lei potrà chiedere l’accesso, la rettifica, la cancellazione (ove applicabile), la limitazione, dei suoi dati, in riferimento agli art. da 15 a 22 del GDPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente art. 77 del GDPR. I contatti che può utilizzare sono, e-mail: comune.sanroccoalporto@pec.regione.lombardia.it

Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati; e-mail: dpo-team@upel.it

L'informativa privacy completa è disponibile presso l’ufficio di riferimento e presso il sito [www.comune.sanroccoalporto.lo.it](http://www.comune.sanroccoalporto.lo.it)

**SI ALLEGA FOTOCOPIA DOCUMENTO D’IDENTITA’ DEL SOTTOSCRITTORE DELLA DOMANDA (in corso di validità).**

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

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_