

Al Comune di Provaglio d'Iseo  
Via Europa 5  
25050 Provaglio d'Iseo

[protocollo@pec.comune.provagliodiseo.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.provagliodiseo.bs.it)

**OGGETTO: RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN LOCAZIONE AMBULATORIO MEDICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

in qualità di:

- medico specialista o medico di assistenza primaria,
- medico pediatra di libera scelta,
- fisioterapista
- altro professionista sanitario: \_\_\_\_\_
- altre specializzazioni legate alla salute: \_\_\_\_\_

Viste ed accettate in ogni loro parte le condizioni descritte nell'avviso esplorativo per la manifestazione d'interesse per assegnazione in locazione di ambulatorio medico

**CHIEDE**

di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio medico ubicato in Provaglio d'Iseo - Frazione Fantecolo - in Via Caduto Bonetti, in accordo con le esigenze del Comune e della cittadinanza in modo da poter garantire il miglior servizio possibile, nei seguenti giorni ed orari:

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

A tal fine

**DICHIARA**

che l'attività medico-ambulatoriale per la quale viene richiesta la locazione dell'immobile è

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

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

In fede

\_\_\_\_\_