ooxWord://word/media/image1.jpeg**ALLEGATO B**

**COMUNE SAN VITO LO CAPO**

**SETTORE IV - VIGILANZA E SERVIZI DEMOGRAFICI**

[**protocollocomunesanvitolocapo@postecert.it**](mailto:protocollocomunesanvitolocapo@postecert.it)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE E

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000

AVVISO PUBBLICO PER L’ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI RIVOLTA A MEDICI VETERINARI PER LA CURA, LA MICROCHIPPATURA E LA STERILIZZAZIONE DEI CANI E DEI GATTI SENZA PROPRIETARIO RINVENUTI NEL COMUNE DI SAN VITO LO CAPO

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

il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla selezione, per la selezione di MEDICO VETERINARIO al quale affidare il servizio di cura, la microchippatura e la sterilizzazione dei cani e dei gatti senza proprietario rinvenuti nel comune di San Vito Lo Capo.

A tal fine, assumendosene la piena responsabilità e consapevole delle sanzioni anche di natura

penale per l’eventuale rilascio di dichiarazioni false o mendaci (art. 76 del DPR 445/2000),

**DICHIARA**

**(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)**

* di possedere il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data d'iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere in possesso della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina Veterinaria - Classe LM-42 o altro titolo di laurea equipollente o equiparato ai sensi di legge conseguito presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* essere in possesso di Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* non trovarsi in nessuna delle condizioni preclusive della capacità di contrarre con la pubblica amministrazione cui agli artt. 94-95-96-97-98 del D.Lg. 36/2023);
* di essere in possesso di Polizza assicurativa ai sensi dell’art. 5 del DPR 137/2012;
* di aver maturato esperienza professionale di almeno 24 mesi presso canili/gattilipubblici sanitari o ospedali veterinari o cliniche veterinarie complesse nell’eserciziodell’attività veterinaria e in particolare nelle specialità del triage;
* l’insussistenza di errori o inadempienze gravi nell’ambito della propria attività, pereffetto dei quali consegua l’inabilitazione all’esercizio dell’attività stessa;
* l’insussistenza di incompatibilità circa l’esecuzione dell’attività di cui all’oggetto;
* l’insussistenza di situazioni comportanti l’incapacità di contrattare con la PubblicaAmministrazione;
* di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contrattoper inadempimento negli ultimi cinque anni, compreso il presente;
* di possedere idoneità fisica all’impiego;
* di avere disponibilità di un ambulatorio (proprio o messo a disposizione da altro medicoveterinario) ubicato entro il **raggio di 40 chilometri** dal Comune di San Vito Lo Capo;
* di essere consapevole che tutte le spese relative all’utilizzo dell’ambulatorio sono acarico del professionista incaricato;
* di garantire il servizio in caso di assenze prolungate per ferie o malattia, provvedendoalla propria sostituzione temporanea con personale qualificato di pari competenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di garantire, eventualmente con la collaborazione di una clinica specializzata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il servizio veterinario H24 e 7 giorni su 7 per gatti, cani ed altri animali incidentati senza proprietario, rinvenuti nel territorio di San Vito Lo Capo;
* di avere preso conoscenza della tipologia di servizi e dei requisiti richiesti per il loro affidamento e la successiva esecuzione e di avere preso conoscenza delle particolari condizioni espresse nell’Avviso di indagine di mercato;
* di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale eassicurativa nei confronti dell’eventuale personale dipendente e/o dei soci volontari.

**Al fine della valutazione dei criteri richiesti, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 applicabili in caso di dichiarazioni mendaci**

**DICHIARA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **CRITERIO** | **INDICATORE** |  |
| **A** | Formazione post laurea conseguita nell’ambito della cura degli animali d’affezione | Numero master, corsi di  perfezionamento, seminari | **N.** |
| **B** | Esperienza lavorativa presso ambulatori medico-veterinari privati per almeno 6 mesi | Numero mesi | **N.** |
| **C** | Esperienza lavorativa presso strutture sanitarie pubbliche in attività analoghe per almeno 6 mesi | Numero mesi | **N.** |
| **D** | Distanza dell’ambulatorio (proprio o messo a disposizione da altro medico veterinario) | Km di distanza dal Comune di San Vito Lo Capo | **Km** |
| **E** | Minor prezzo delle prestazioni | Per visita clinica | **€** |
| Per sterilizzazione | **€** |
| Per anestesia generale con intubazione | **€** |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

ALLEGATO: curriculum vitae

**N.B.: Qualora la domanda non sia firmata digitalmente (in formato .p7m), a pena di nullità,deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità delsottoscrittore.**