

ALLEGATO B

**All'Unione dei Comuni
Valli e Delizie**

Settore Programmazione Territoriale
PEC: protocollo@pec.unionevalliedelizie.fe.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 INTERESSE DA PARTE DI MEDICI VETERINARI PER LA CURA DEI GATTI DI COLONIA NEI COMUNI DELL'UNIONE VALLI E DELIZIE

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 n. 1 MEDICO VETERINARIO al quale affidare il servizio di cura dei gatti di colonia,

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 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 _____ il _____ presso _____;
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____ al numero di iscrizione _____ data d'iscrizione _____;
- 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/gattili pubblici sanitari o ospedali veterinari o cliniche veterinarie complesse nell'esercizio dell'attività veterinaria e in particolare nelle specialità del triage;
- l'insussistenza di errori o inadempienze gravi nell'ambito della propria attività, per effetto dei quali consegue 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 Pubblica Amministrazione;
- di non aver subito, da parte di una Pubblica Amministrazione, risoluzione di contratto per 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 medico veterinario) ubicato entro il **raggio di 40 chilometri** dalla sede dell'Unione Valli e Delizie, Portomaggiore, Piazza Umberto I, 5 (FE);
- di essere consapevole che tutte le spese relative all'utilizzo dell'ambulatorio sono a carico del professionista incaricato;
- di garantire il servizio in caso di assenze prolungate per ferie o malattia, provvedendo alla 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 i gatti incidentati senza proprietario, rinvenuti nei territori dell'Unione;
- 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 essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa 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 | n. master, corsi di perfezionamento, seminari con prove finali, ecc. | _____ |
| B | Esperienza lavorativa presso ambulatori medico-veterinari privati per almeno 6 mesi | N. mesi | _____ |

| | | | |
|----------|---|---|-------|
| C | Esperienza lavorativa presso strutture sanitarie pubbliche in attività analoghe per almeno 6 mesi | N. mesi | _____ |
| D | Distanza dell'ambulatorio (proprio o messo a disposizione da altro medico veterinario) | Km di distanza dalla sede dell'Unione, Portomaggiore Piazza Umberto I, 5 (Fe) | _____ |
| 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 del sottoscrittore.