



REGIONE
LAZIO



Ente Parco Regionale
RIVIERA di ULISSE

MODELLO DI DOMANDA

Indagine di mercato per l'affidamento diretto dell'incarico professionale di veterinario per il Centro Recupero Animali Selvatici (triennio 2019-2021).

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Provincia _____ il _____ residente nel Comune di _____

Provincia _____ alla Via/Piazza _____

Codice fiscale _____ Documento d'Identità _____

Partita IVA _____ telefono _____ fax _____

e-mail _____ pec _____

quale istanza per la partecipazione alla procedura in oggetto, ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, consapevole, altresì, che in caso di affidamento dell'incarico in oggetto dovrà fornire, a richiesta dell'Ente Parco, copia di tutta la documentazione elencata nella presente dichiarazione,

DICHIARA

- di essere iscritto/a all'albo professionale dell'Ordine dei Veterinari di _____ al n. _____;
- di essere iscritto/a presso l'ENPAV al n. _____;
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali;
- di avere la disponibilità (in uno dei comuni del comprensorio dell'Ente Parco: Minturno, Formia, Gaeta, Sperlonga) di una struttura medico-veterinaria in grado di assicurare i servizi richiesti, in particolare: locale per la chirurgia, strumentazione per la diagnostica per immagini e strumentazione per analisi di laboratorio, adeguati spazi per la degenza - indicarne l'ubicazione:

_____;
- di avere letto, compreso ed accettato le condizioni di svolgimento del servizio in oggetto così come riportate nell'avviso pubblico;

- di essere disponibile a fornire i seguenti servizi (parte da compilare):

degenza di animali oltre a quella giornaliera;

operatività nei seguenti giorni ed orari:

lunedì (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

martedì (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

mercoledì (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

giovedì (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

venerdì (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

sabato (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

domenica (mattina) dalle _____ alle _____ (pomeriggio) dalle _____ alle _____

reperibilità telefonica per consulenze al di fuori degli orari di operatività;

servizio di smaltimento delle carcasse di animali eventualmente deceduti;

altro _____

altro _____

di offrire i sottoelencati servizi ai prezzi riportati nel seguente tariffario (N.B. tutte le tariffe sono da intendersi comprensive di I.V.A., oneri previdenziali e fiscali):

Prima visita, diagnosi e terapia _____ € _____

Visita di controllo/medicazione _____ € _____

Esami di laboratorio:

▪ Citopatologia diagnostica _____ € _____

▪ Ematologia _____ € _____

▪ Panel biochimici da 15-20 parametri _____ € _____

▪ Coagulativi _____ € _____

▪ Sierologici _____ € _____

▪ Parassitologia _____ € _____

▪ Esame delle feci a fresco e per arricchimento _____ € _____

▪ Colturali per dermatofiti (funghi) _____ € _____

▪ Scarificati cutanei ed esame diretto del pelo _____ € _____

▪ Biopsie molecolari del midollo osseo _____ € _____

▪ Esame delle urine e lettura del sedimento _____ € _____

Radiogramma (addome, torace, ossa) senza mezzo di contrasto _____ € _____

Radiogramma (addome, torace, ossa) con mezzo di contrasto _____ € _____

- O Ecografia (addome, torace) _____ € _____
- O Ortopedia (riduzione frattura con bendaggio a 8) _____ € _____
- O Ortopedia (riduzione frattura con steccatura) _____ € _____
- O Ortopedia (riduzione frattura chirurgica) _____ € _____
- O Degenza giornaliera _____ € _____
- O altro _____ € _____

Data _____

Firma

N.B. il dichiarante deve allegare copia fotostatica del documento d'identità in corso di validità.