

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

PER LA REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI DI MICROCREDITO FINANZA AD IMPATTO SOCIALE E
LO SVILUPPO E LA DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA MICROFINANZA

**ALL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residenza _____

Domicilio _____

Codice fiscale _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

PEC _____

E-MAIL _____

Iscritto all'OMCeO di _____

Specializzazione in _____

Possesso di PARTITA IVA da non più di cinque anni

SI

NO

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di falsità e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

In qualità di :

Medico

Odontoiatra

Rappresentante legale di società STP _____

**DI ACCEDERE AL CREDITO AGEVOLATO IMPRENDITORIALE PREVISTO DAL
PROTOCOLLO E GARANTITO DAL FONDO NAZIONALE DI GARANZIA**

A tal fine **DICHIARA:**

- di non aver/aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di impegnarsi ad utilizzare il contributo esclusivamente per gli scopi per i quali sarà eventualmente concesso;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati riportati.
- di avvalersi di non più di 5 dipendenti se professionista
- di realizzare, nel caso di società STP :
 - attivi patrimoniali non superiori a 300.000 euro
 - ricavi non superiori a 200.000 euro
 - indebitamento non superiore a 100.000 euro.

A tal fine, espone, **in modo sommario**, il programma/progetto per il quale è richiesto il finanziamento e i relativi costi da sostenere

LUOGO E DATA

FIRMA LEGGIBILE

IL SOTTOSCRITTO **DICHIARA**

DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E DEL D.LGS. 101/2018 CHE ADEGUA IL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI DI CUI AL D.LGS. N. 196/2003 ED ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI FORNITI CON LA PRESENTE DICHIARAZIONE

SI

NO

LUOGO E DATA

FIRMA LEGGIBILE

ALLEGATI:

1.Documento d'identità

2.Preventivi, in originale, dei costi richiesti, come da Modello B

MODULO DI PRE-ISTRUTTORIA

MODULO B

TIPOLOGIE DEL PROGETTO/PROGRAMMA FINANZIABILE:

➤ **ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

Tipologia – Descrizione – Marca -Modello (Allegato)

- Nominativo Azienda Venditrice
- Preventivo (Allegato)

➤ **ACQUISTO AUTOVETTURA**

Preventivo (Allegato)

se attività prevalente di consulenza e domiciliare importo =

➤ **COSTI RELATIVI ALLA GESTIONE DELL'IMMOBILE DA DEDICARE ALL'AMBULATORIO PROFESSIONALE**

- Spese Di Caparra Importo =
- Spese Di Locazione (Prime Sei Mensilità) Importo =
- Ristrutturazione Importo previsto =
- Arredi Non Specialistici Importo previsto =

➤ **COSTI RELATIVI ALL'INFORMATIZZAZIONE E ALLA DIGITALIZZAZIONE DELL'AMBULATORIO**

- Acquisto computers importo =
- Acquisto software importo =
- Costi di formazione informatica importo =

➤ **COSTI RELATIVE AL PERSONALE DELL'AMBULATORIO**

- Neoassunzione del personale - prime 6 mensilità di stipendio importo =

➤ **COSTI PREVISTI PER LE CONSULENZE PROFESSIONALI NECESSARIE ALL'APERTURA DELL'AMBULATORIO**

- Commercialista importo =
- Tecnici radiografici importo =
- Tecnici per i rapporti di autorizzazione con gli enti locali per le richieste delle autorizzazioni importo =

➤ **COSTI PREVISTI RELATIVI ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE**

- Corsi di formazione specialistica importo =
- Corsi ecm importo =
- Masters accademici importo =
- Corsi di educazione finanziaria importo =

IMPORTO PREVISTO TOTALE EURO



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

MODULO C

DICHIARAZIONE A CURA DELL'OMCEO

DOTT. _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Iscrizione Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di _____ n. _____

Iscrizione Albo Provinciale degli Odontoiatri di _____ n. _____

Si dichiara che l'iscritto _____ è in regola con il pagamento dei contributi
dell'anno _____

FIRMA

PRESIDENTE OMCEO