



UNITA' OPERATIVA GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO

Art. 1

Generalità

Con decreto Regionale n.3226 del 12 aprile 2018 sono state approvate le graduatorie definitive 2018 dei medici aspiranti al convenzionamento nella Medicina Generale distinte nei settori dell' Assistenza Primaria della Continuità Assistenziale e dell' Emergenza Sanitaria Territoriale, pubblicato sul B.U. della Regione Calabria n.44 del 24 aprile c.a.

Al fine di ottemperare al sopra citato decreto questa Azienda con deliberazione n. _____ ha indetto un avviso pubblico per la formulazione ed integrazione delle graduatorie di disponibilità aziendale della Medicina Generale da utilizzare per il conferimento di sostituzioni ed incarichi provvisori a tempo determinato per un periodo massimo di dodici mesi ai sensi dell'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e s.m.i. ed in ottemperanza a quanto previsto dal vigente A.C.N. ed A.I.R.

Riscontrato che con deliberazione n.436/2018 era stata approvata ad questa Azienda la graduatoria di disponibilità aziendale del settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale (la quale sarà integrata e rimodulata) occorre, in attuazione del sopra citato decreto regionale procedere alla formulazione ed all'approvazione delle graduatorie di tutti i settori della Medicina Generale quali l'Assistenza Primaria la Continuità Assistenziale e nel merito del settore della C.A. si dovrà procedere alla formulazione ed approvazione della graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori nel settore della Continuità Assistenziale da conferire presso la Casa Circondariale "Ugo Caridi" e presso l'Istituto Penale per Minori Silvio Paternostro" di Catanzaro.

L'avviso di cui al presente bando è riservato ai medici che al momento della presentazione della domanda saranno:

- iscritti all'Albo Professionale dei medici;
- inseriti nella graduatoria regionale vigente;
- in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente, come previsto dai D.Lgs 8 agosto 1991, n.256, Decreto Ministeriale 15 Dicembre 1994, D.Lgs 368/99, e s.m.i.;
- coloro che intendono essere inseriti nel settore Emergenza Sanitaria Territoriale dovranno essere in possesso dei requisiti sopra indicati ed anche dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale di cui all'art.96 comma1 del vigente ACN;

Potranno presentare *domanda anche i medici non presenti nelle graduatorie regionali vigenti* per incarichi non superiori a tre mesi, nei casi di carente disponibilità e secondo quanto previsto dal vigente ACN ed AIR e per come di seguito specificato;

- a) **norma transitoria n.4** medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in Graduatoria Regionale;

- b) **norma finale n.5** medici abilitati successivamente alla data del 31/12/1994;
- c) **norma transitoria 7** per i solo medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale;
- c) **Legge 448/2001, art. 19, comma 11**, medici iscritti a corsi di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale, borsisti o titolari di dottorato di ricerca;

Art. 2

Presentazione della domanda

Per essere ammessi a partecipare all'avviso in questione, i medici dovranno presentare la domanda dal giorno successivo alla pubblicazione nell'Albo Pretorio dell'Azienda e sino al VENTESIMO giorno successivo alla stessa pubblicazione.

La domanda di partecipazione allegata al presente avviso (unica per tutti i settori della Medicina Generale con l'obbligo di indicare la scelta del settore compresa l'**Assistenza negli Istituti Penitenziari prevista già nell'ipotesi di ACN In via di approvazione**) va indirizzata Al Responsabile dell'U.O. Gestione Personale Convenzionato dell'Azienda Sanitaria Provinciale Viale Pio X, 194-88100 Catanzaro e potrà essere presentata:

- a mano direttamente all' U.O. Gestione Personale Convenzionato Viale Pio X, 194- 88100 Catanzaro – Referente Coll.Prof.le Amm.vo Caterina Tavano telefono: 0961/ 722944 o richiesta via pec all'indirizzo: gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it;
- tramite Servizio Postale esclusivamente a mezzo raccomandata A/R (scrivere sulla busta: "Contiene domanda per inserimento Avviso Graduatoria Aziendale Emergenza Sanitaria Territoriale).
- tramite P.E.C. all'indirizzo gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it (da allegare autocertificazione di cui si allega modulo) ex L.2/2009e s.m.i.. La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale.

Si prega, inoltre di inviare la domanda in un unico file formato PDF.

Il termine, sopra indicato, per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio.

Non è ammessa la produzione di titoli e documenti dopo il termine fissato per la presentazione delle domande.

Le graduatorie saranno rese pubbliche e notificate previa pubblicazione nell'Albo Pretorio Aziendale e sul sito aziendale.

Gli incarichi provvisori saranno attribuiti nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'Azienda precisando che tali incarichi non sono conferibili a chi versi in condizioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN.

Art. 3

Documentazione da Allegare

La domanda, corredata di una copia del documento di riconoscimento in corso di validità, dovrà essere sottoscritta e trasmessa mediante compilazione dell'apposito modello quale allegato A per

coloro che sono già presenti nella graduatoria regionale ed **allegato B** per coloro che non presenti nella stessa **sul quale dovrà essere apposta marca da bollo di € 16,00 (Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010);**

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata ai sensi dell'art. 3, comma 5, della Legge 15 maggio 1997, n. 127.

La mancanza della firma in calce alla domanda comporterà l'esclusione del candidato dall'avviso in questione.

Per il principio di celerità cui è informata la procedura non è consentito il riferimento a documenti già presentati a questa Azienda.

I titoli, per essere oggetto di valutazione, devono essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia ai sensi del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa emanato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Al riguardo si precisa che:

Nelle dichiarazioni relative ai requisiti di ammissione e/o titoli che possono dar luogo a valutazione, gli interessati sono tenuti a specificare con esattezza tutti gli elementi ed i dati necessari affinché l'amministrazione sia posta nelle condizioni di poter effettuare gli adempimenti relativi all'accertamento dei requisiti e/o alla valutabilità ai fini dell'attribuzione dei corrispondenti punteggi; Non saranno prese in considerazione dichiarazioni generiche che non consentano una idonea conoscenza degli elementi necessari per una corretta valutazione.

Nella domanda dovrà essere dichiarato il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lg. n.196/03 e s.m.i..

Art. 4

Criteri per la formazione delle graduatorie e conferimento incarichi/provvisori sostituzioni.

L'Ufficio competente procederà alla formulazione della graduatoria di disponibilità aziendale, ai sensi di quanto disposto:

- dall'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e s.m.i.;
- dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente;
- dalla Delibera 580 del 08 agosto 2006 "Accordo Integrativo Regionale (AIR)";
- dal decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute n.3226 del 12 aprile 2018;

Art. 5

Conferimento incarichi/provvisori.

L'Azienda dopo aver pubblicato le graduatorie potrà procedere al conferimento degli per come previsto dalla normativa vigente la cui durata è strettamente legata al periodo necessario ad assicurare le continuità del servizio.

Qualora le condizioni lo consentissero, tali incarichi potrebbero essere conferiti per un periodo fino a 12 mesi.

L'incarico di sostituzione/provvisorio cessa alla scadenza o al rientro del titolare anche anticipato a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato.

Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata dell'incarico, i successivi incarichi verranno attribuiti secondo l'ordine della graduatoria di disponibilità, a seguire nel rispetto al precedentemente incaricato, così come previsto dalla normativa vigente (ACN ed AIR).

Si precisa che lo scorrimento sarà comunicato dall'Azienda per Posta Certificata secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

La mancanza dell'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (obbligatorio ex L.2/2009 e s.m.i.) comporta l'impossibilità di essere interpellato per eventuali incarichi.

Disposizioni Finali

Per l'espletamento del presente avviso si fa riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa in materia e al **"Regolamento Generale di Organizzazione e Funzionamento approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 672 del 12 agosto 2015, integrato dalla deliberazione n. 726 del 7 novembre 2016"**.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere, revocare o annullare il presente bando di avviso, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

La partecipazione al suddetto avviso, implica l'accettazione, senza riserve, delle norme contenute nel presente bando, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni allo stato in vigore e da quelle eventualmente future.

Per eventuali informazioni nel merito gli interessati potranno rivolgersi inoltrare richiesta tramite pec all'indirizzo: **gestpersonaleconvenzionato@pec.aspcatanzaro.it;**

Sarà cura dell'ufficio effettuare i dovuti controlli ai sensi della normativa vigente in materia di autocertificazioni Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e D.Lgs 7 marzo 2005,82 aggiornato al D.Lgs 13 dicembre 2017.

Saranno escluse pertanto le domande:

- pervenute prima della presente pubblicazione;
- pervenute oltre il termine di cui sopra;
- prive di firma;
- prive degli elementi necessari alla formulazione delle graduatorie;

Si chiede di curare la massima diffusione del presente avviso.

Il Responsabile del Procedimento
Coll.Prof.le Anna Maria Caterina Tavano

Il Responsabile U.O.G.P.C.
Dott.ssa Sandra Matozzo



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Allegato B) MEDICI
CONVENZIONATI
NON INSERITI NELLE GRADUATORIE REGIONALI

**DOMANDA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' AZIENDALE NEI SETTORI DELLA
MEDICINA GENERALE**

IMPOSTA DI BOLLO
Euro 16,00

Azienda Sanitaria Provinciale
Al Responsabile
U.O. Gestione Personale Convenzionato
Viale Pio X, 194
88100 Catanzaro

_____ sottoscritt _____ Dott. _____ nat _____ il _____ a _____

Prov. _____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo

_____ n. _____ CAP _____ tel. _____

pec _____ (leggibile).

Fa domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità aziendale per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori, ai sensi dell'art.15 comma 12, dell'Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009 e s.m.i. , per la Medicina Generale.

(BARRARE IL SETTORE CHE INTERESSA)

- Assistenza Primaria;
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale)
- Assistenza negli Istituti Penitenziari

DICHIARA

Ai sensi e agli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.) dichiara formalmente di essere in possesso del.

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____:

Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____

Di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici di _____ al n. _____

non essere essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20 conseguito il _____ presso: _____
specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione _____:

non essere essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96, comma della ACN conseguito il _____ presso: _____

Di essere non essere inserito nella graduatoria valevole per l'anno 2018 con punti _____

Di trovarsi non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente.

Si precisa nel merito _____

CHIEDE DI ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI SETTORE AI SENSI:

della norma transitoria n.4 dell'ACN;

1. Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale ed in quella di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

della norma transitoria n.7 dell'ACN;

Ai medici che abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale e/o di settore, è concesso, al fine di consentire la piena operatività della rete degli operatori dell'emergenza, l'attribuzione di incarichi provvisori di emergenza sanitaria nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale o in

quelle di disponibilità di cui all'art. 15 del presente Accordo e in possesso del previsto attestato per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

della norma finale 5 dell'CAN,

Ai medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.94 è consentita, al fine di non creare discontinuità nell'assistenza ai cittadini, l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale da parte delle Aziende nei casi in cui questi non siano stati attribuiti ai medici inclusi nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 e di quelle di disponibilità di cui al comma 12 dello stesso articolo del presente Accordo ed ai medici di cui alla norma transitoria n. 4 e n. 7 del presente Accordo per mancanza di medici disponibili ad accettare gli stessi incarichi.

LEGGE 448/2001, art. 19, comma 11;

Medici laureati in medicina e chirurgia abilitati, iscritti al:

al corso di formazione specifica in medicina generale;

ai corsi di specializzazione

I quali possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica). *ma occupati solo in caso di carenza di disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica,*

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata all' indirizzo di pec;

_____ (leggibile)

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

**NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

FIRMA per esteso _____

**Qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio alla voce "note"

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.**

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

Sottoscritt Dott. _____, nato a _____,

il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla

domanda di partecipazione _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

- di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16, 00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allega, altresì, alla presente documento di identità in corso di validità

Data _____

firma per esteso e leggibile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ () il _____

residente a _____ () in Via _____

n. _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(luogo, data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

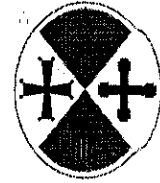
Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**Allegato A) MEDICI
CONVENZIONATI
INSERITI NELLE GRADUATORIE REGIONALI**

**DOMANDA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA' AZIENDALE NEI SETTORI DELLA
MEDICINA GENERALE**

IMPOSTA DI BOLLO
Euro 16,00

Azienda Sanitaria Provinciale
Al Responsabile
U.O. Gestione Personale Convenzionato
Viale Pio X, 194
88100 Catanzaro

_____ sottoscritt Dott. _____ nat _____ il _____ a _____

Prov. _____ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo

_____ n. _____ CAP _____ tel. _____

pec _____

Fa domanda di inserimento nelle graduatorie di disponibilità aziendale per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori, ai sensi dell'art.15 comma 12, dell'Accordo Collettivo Nazionale 29 luglio 2009 e s.m.i. , per la Medicina Generale.

(BARRARE IL SETTORE CHE INTERESSA)

- Assistenza Primaria;
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale)
- Assistenza negli Istituti Penitenziari

DICHIARA

Ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.) dichiara formalmente di essere in possesso del.

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____:

Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo in data _____ a _____

Di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici di _____ al n. _____

non essere essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) conseguito il _____ presso: _____
specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione _____

non essere essere Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96, comma della ACN conseguito il _____ presso: _____

Di essere non essere inserito nella graduatoria valevole per l'anno 2018 con punti _____

Di trovarsi non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata all'indirizzo di pec;
_____ (leggibile)

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

****NOTE:** _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

FIRMA per esteso _____

**Qualora lo spazio non fosse sufficiente, per le notizie richieste, utilizzare quello in calce al foglio allo voce "note"

DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC

ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

__Sottoscritt__ Dott. _____, nato a _____

il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla

domanda di partecipazione _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

- di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allega, altresì, alla presente documento di identità in corso di validità

Data _____

firma per esteso e leggibile

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/la
sottoscritto/a _____

nato a _____ () il _____

residente a _____ () in Via _____

n. _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(luogo, data)

Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Dichiarante

.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente.