

DECRETO 16 maggio 2018.

**Bando incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale  
1 marzo 2018 - Integrazione A.S.P. Catania.**

**IL DIRIGENTE GENERALE  
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE  
PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il D.L.vo n. 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo n. 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo n. 229/99;

Visto l'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale siglato in data 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ed in particolare l'art. 92 che stabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale e l'art. 93, comma 1, ai sensi del quale gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda e comportano l'esclusività del rapporto;

Visto l'art. 15, comma 11, dell'ACN 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'attribuzione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

Visto l'art. 92 A.C.N. 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29/07/09, ai sensi del quale gli incarichi di emergenza sanitaria territoriale sono conferiti ai medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione di cui all'art. n. 96 del citato Accordo;

Visto il D.A. 23 febbraio 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 14 del 30 marzo 2007, con il quale è stato reso esecutivo l'Accordo regionale di emergenza sanitaria territoriale;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 2, del citato Accordo regionale di emergenza sanitaria territoriale ai sensi del quale, "fermo restando quanto previsto dall'art. 92, comma 5, dell'A.C.N. di medicina generale 23 marzo 2005, qualora dopo aver esperito le procedure di conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui alle lettere a) (trasferimenti) e b) (b1, b2, b3 graduatoria di settore), rimangono ancora incarichi disponibili, gli stessi saranno attribuiti a medici, in possesso dei requisiti di cui all'art. 15, comma 2, (attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente) dell'A.C.N. 23 marzo 2005, ma non inseriti nella graduatoria regionale di settore, i quali abbiano conseguito l'attestato di idoneità alle attività di emergenza dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore";

Visto il D.A. n. 481 del 25 marzo 2009, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 18 del 24 aprile 2009, con il quale sono state emanate le "Nuove linee guida sul funzionamento del servizio di emergenza-urgenza sanitaria regionale S.U.E.S. 118 che, in particolare, uniforma i mezzi di soccorso medicalizzati superando la precedente distinzione in ambulanze di tipo A e CMR e identifica gli stessi come Mezzi di soccorso avanzato (MSA);

Visto il D.D.G. n. 2130/17 del 30 ottobre 2017 (*Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 50 del 17 novembre 2017) e successive modifiche ed integrazioni, con il quale sono state approvate le graduatorie regionali definitive di medicina generale valide per l'anno 2018 ed, in particolare, la graduatoria relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale;

Vista la nota prot. n. 19011 del 5 marzo 2018, con la quale è stata richiesta alle aziende sanitarie provinciali della Regione la ricognizione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale all'1 marzo 2018, ai sensi dell'art. 92 del

sopracitato A.C.N.;

Visto il D.P.R. n. 445/00, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;

Vista la delibera 15 maggio 2014 del Garante per la protezione dei dati personali, concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della P. A.;

Viste le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della legge regionale 12 agosto 2014, n. 21 e s.m.i.;

Preso atto delle comunicazioni pervenute da parte delle aziende sanitarie provinciali della Regione relativamente agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, sia per i PP.TT.EE. che per le ambulanze medicalizzate, vacanti all'1 marzo 2018;

Visto il D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 20 del 4 maggio 2018, con il quale sono stati pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale accertati all'1 marzo 2018;

Vista la nota prot. n. 47845 del 20 aprile 2018, con la quale l'A.S.P. di Catania ha comunicato gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale all'1 marzo 2018;

Ritenuto, pertanto, di dovere provvedere alla necessaria integrazione;

Decreta:

Art. 1

Per quanto in premessa indicato e fermo restando quanto altro previsto dal D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, di integrare il suddetto D.D.G. n. 638/18 con i seguenti incarichi:

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA**

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Randazzo	1	38 h settimanali;
- Grammichele	1	38 h settimanali;
- Mineo	1	38 h settimanali;
- Bronte	1	38 h settimanali;
- Misterbianco	1	38 h settimanali;
- Militello	2	38 h settimanali;

Art. 2

Fermo restando che rimangono valide le domande di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale già presentate secondo le modalità e i termini di cui al D.D.G. n. 638/18 del 17 aprile 2018, sono riaperti i termini di presentazione delle domande unicamente per coloro che intendessero concorrere limitatamente alla copertura degli incarichi dell'A.S.P. di Catania.

I medici interessati, entro 15 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana (art. 92, comma 13, A.C.N. di medicina generale) devono trasmettere all'Azienda sanitaria provinciale, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati "A", "B" o "C".

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti nel sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione *on line*.

Palermo, 16 maggio 2018.

LA ROCCA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato  
di emergenza sanitaria territoriale presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_,  
della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità  
complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

Postazione \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_  
Postazione \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza sanitaria territoriale (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO "A1"

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**d i c h i a r a**

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), e precisamente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2) (3)

Data \_\_\_\_\_

Firma (4) \_\_\_\_\_

- (1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.
- (2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER GRADUATORIA DI SETTORE 2018)**

Marca da Bollo

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

€ 16,00

Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria regionale di  
medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale  
valida per l'anno 2018 con punti \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ :

Postazione \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T.,  
l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (all."B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO "B1"

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in possesso del diploma di laurea in Medicina Generale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2018 con punti \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**d i c h i a r a**

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione \_\_\_\_\_ A.S.P. di \_\_\_\_\_;
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(ai sensi dell'art. 1 c. 2 dell'A.I.R. di Emergenza Sanitaria Territoriale)**

Marca da Bollo

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

€ 16,00

Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 2 dell'A. I. R. di Emergenza Sanitaria Territoriale, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2018, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

Postazione \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_  
Postazione \_\_\_\_\_ ASP di \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale, attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A.;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO "C1"

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_

**d i c h i a r a**

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- c) di essere/non essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione \_\_\_\_\_ A.S.P. \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### d i c h i a r a

- 1) essere / non essere titolare a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione \_\_\_\_\_ Azienda di \_\_\_\_\_ Postazione \_\_\_\_\_ ;
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione \_\_\_\_\_ Azienda di \_\_\_\_\_ Postazione \_\_\_\_\_ ;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ n. scelte \_\_\_\_\_ ;
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ n. scelte \_\_\_\_\_ ;
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ ;
- 6) essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ ;
- 8) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:  
Provincia \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:  
Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto che lo svolge \_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_ ;
- 10) operare / non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 -quinquies del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- 11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 14) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 15) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
dal \_\_\_\_\_;
- 16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate  
Azienda \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 18) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata  
Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):  
soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del aiD.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(2018.20.1256)102

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la commercializzazione