

Fac-simile domanda - Allegato B1)
(Compilare in ogni sua parte in modo chiaro e leggibile)

Inviare via PEC all'indirizzo:
protocollo@pec.regione.liguria.it

Alla Regione LIGURIA
Settore Rapporti di lavoro e contratti
del personale dipendente e
convenzionato del SSR

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a _____ Provincia _____

il _____ e residente a _____ (provincia di _____)

in via/piazza _____ n.civico _____ CAP _____

telefono fisso _____ cellulare _____

codice fiscale _____

PEC _____

E-MAIL _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. 1172 del 01/12/2022, di essere ammesso/a tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/2025 di cui al D. Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e succ. mod. e int., organizzato a tempo pieno,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere:

☐ cittadino italiano

☐ cittadino di altro Stato membro dell'Unione Europea _____

(indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____

(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE, di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE e in possesso di uno dei
(indicare la cittadinanza del familiare)

seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001 e smi:

☐ titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità, attestato mediante titolo di soggiorno rilasciato dalla Questura di _____ il _____

☐ titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità, attestato mediante carta di soggiorno permanente per familiari di cittadini europei, rilasciata dalla Questura di _____ il _____

3. di essere cittadino _____

(indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE in possesso di una delle seguenti condizioni previste dal comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001:

☐ titolarità di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

☐ titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità, attestata mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

☐ titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità, attestato mediante permesso di soggiorno, rilasciato dalla Questura di _____ il _____

4. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____

(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____ con la votazione di _____ / _____ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

☐ di essere in possesso del decreto di riconoscimento n. _____ del _____

5. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita:

☐ In Italia presso l'Università di _____ il _____

(in caso di laurea abilitante indicare la data di laurea)

OVVERO in caso di titolo conseguito all'estero

☐ con Decreto Ministeriale numero _____ del _____

6. di:

- a. ☐ essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri
di _____
- b. ☐ NON essere iscritto/a all'albo dell'ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri;

Qualora il candidato dichiari di non essere in possesso dell'iscrizione all'ordine (lettera f, art. 3, comma 4 dell'Avviso), ai sensi dell'art. 3, comma 4, lettera g dell'Avviso, dovrà compilare quanto segue:

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il suddetto requisito deve essere posseduto alla data di inizio ufficiale del corso prevista entro il mese di aprile 2023, pena la non ammissione al corso. Si impegna, a tal fine, a presentare alla Regione Liguria, prima dell'inizio del corso, idonea dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Il sottoscritto, dott. _____ dichiara di essere a conoscenza che il possesso del requisito di cui alla lettera f) dell'Art. 3 comma 4 dell'Avviso, deve essere mantenuto per tutta la durata dello stesso e si impegna, sin d'ora a comunicare a Regione Liguria eventuali sospensioni/cancellazioni/radiazioni dall'albo professionale sopravvenute sino alla conclusione del corso;

7. di essere risultato idoneo al Concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Liguria relativo al triennio _____;

8. di essere stato incaricato, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale relativo agli anni 2022/2025;

Dichiara inoltre:

- di non avere presentato domanda di inserimento nella graduatoria riservata, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale 2022/2025 in altra Regione o Provincia autonoma, pena esclusione dal corso qualora la circostanza venisse appurata successivamente;
- di:
 - ☐ non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca
 - ☐ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia o a dottorati di ricerca _____

(se si indicarne tipologia e sede universitaria)

- di accettare tutte le disposizioni dell'avviso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2022/2025 della Regione Liguria tramite graduatoria riservata ex art. 12, comma 3 del D.L. 35/2009 convertito con L. 60/2019;
- di aver preso visione dell'informativa, **allegato B3)** all'Avviso, per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo n. 679/2016.

Allega le dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio di cui all'art. 20, Titolo II "Titoli di servizio", Accordo Collettivo Nazionale con i Medici di medicina generale del 28 aprile 2022 (**Allegato B2**)

Comunica i seguenti ulteriori recapiti:

Residenza/domicilio:

città _____ (provincia di _____)

Via/Piazza _____ n. civico _____ c.a.p. _____

recapiti telefonici:

telefono fisso _____ cellulare _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Data: _____

Firma

NOTA BENE: ALLA DOMANDA DOVRÀ ESSERE ALLEGATA SCANSIONE DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA
GRADUATORIA RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA
IN MEDICINA GENERALE 2022-2025 DELLA REGIONE LIGURIA**

*Da inviare, unitamente alla domanda esclusivamente mediante pec all'indirizzo
protocollo@pec.regione.liguria.it*

Il sottoscritto Dott. _____
Cognome Nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e della D.G.R. n. 1172 del 01/12/2022, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/2025, organizzato a tempo pieno, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

- 1. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Liguria:** (p. 0,30 per mese di attività)*

dal...../...../.....al...../...../..... Azienda.....
dal...../...../.....al...../...../..... Azienda.....
dal...../...../.....al...../...../..... Azienda.....

- 2. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare):** (p. 0,20 per mese di attività)*

dal...../...../..... al...../...../..... Azienda.....Regione.....
dal...../...../..... al...../...../..... Azienda.....Regione.....
dal...../...../..... al...../...../..... Azienda.....Regione.....
dal...../...../..... al...../...../..... Azienda.....Regione.....

- 3. Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:** (p. 0,20 per mese di attività)*

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....
dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....
dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg:
(p.0,20 per mese)*

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

dal...../...../.....al...../...../.....medico**.....A.S.L.....

5. Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)*

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore _____

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore _____

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore _____

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore _____

6. Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato ☐, determinato ☐, provvisorio ☐ di sostituzione ☐: (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)
(p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L. **di _____

Gennaio	dal	al	ore _____	Luglio	dal	al	ore _____
Febbraio	dal	al	ore _____	Agosto	dal	al	ore _____
Marzo	dal	al	ore _____	Settembre	dal	al	ore _____
Aprile	dal	al	ore _____	Ottobre	dal	al	ore _____
Maggio	dal	al	ore _____	Novembre	dal	al	ore _____
Giugno	dal	al	ore _____	Dicembre	dal	al	ore _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L. **di _____

Gennaio	dal	al	ore _____	Luglio	dal	al	ore _____
Febbraio	dal	al	ore _____	Agosto	dal	al	ore _____
Marzo	dal	al	ore _____	Settembre	dal	al	ore _____
Aprile	dal	al	ore _____	Ottobre	dal	al	ore _____
Maggio	dal	al	ore _____	Novembre	dal	al	ore _____
Giugno	dal	al	ore _____	Dicembre	dal	al	ore _____

Totale ore _____

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato ☐, determinato ☐, provvisorio ☐ o di sostituzione ☐:

(p.0,20 per mese di attività)*

dal...../...../.....al...../...../.....A.S.L.**.....
dal...../...../.....al...../...../.....A.S.L.**.....
dal...../...../.....al...../...../.....A.S.L.**.....
dal...../...../.....al...../...../.....A.S.L.**.....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato ☐ o di sostituzione ☐:

(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno **Azienda** ****di**

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore

9. Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria ☐ in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti Penitenziari ☐ - a tempo indeterminato ☐, determinato ☐ o di sostituzione ☐:

(p.0,20 per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno **Azienda** ****di**

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore

Anno **Azienda** ****di**

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore

10. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari ☐ a tempo indeterminato, ☐ di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740: (p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____

11. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate

(p.0,10 per mese corrispondente a 52 ore di attività)*

Anno..... A.S.L. ** di

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore _____

Anno..... A.S.L. ** di

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore _____

12. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore):

(p. 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

ASL ** di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore
 ASL ** di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore
 ASL ** di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore
 ASL ** di dal ____/____/____ al ____/____/____ ore

13. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali ☐ di continuità assistenziale ☐ di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN della medicina generale: (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,05 per mese corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L. ** di Servizio di : _____

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore _____

Anno..... A.S.L. ** di Servizio di : _____

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore _____

14. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: (p. 0,10 per mese di attività)*

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

15. Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna ☐, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici ☐, medico generico fiduciario ☐, medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti ☐: (barrare l'opzione) (p. 0,05 per mese di attività)*

Ente ** di dal/...../..... al/...../.....
Ente** di dal/...../..... al/...../.....
Ente** di dal/...../..... al/...../.....
A.S.L.** di dal/...../..... al/...../.....
A.S.L.** di dal/...../..... al/...../.....

16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (p. 0,10 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

17. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico: (p. 0,20 per mese)

dal/...../..... al/...../..... presso.....

18. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività)

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

19. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

(p. 0,20 per mese)

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

20. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo ☐ o medico di Polizia di Stato ☐ (barrare l'opzione) (p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

21. Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p. 0,20 per mese di attività)*

Anno..... Stabilimento Termale**Comune di

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Anno..... Stabilimento Termale**Comune di

Gennaio	dal	al	ore	Luglio	dal	al	ore
Febbraio	dal	al	ore	Agosto	dal	al	ore
Marzo	dal	al	ore	Settembre	dal	al	ore
Aprile	dal	al	ore	Ottobre	dal	al	ore
Maggio	dal	al	ore	Novembre	dal	al	ore
Giugno	dal	al	ore	Dicembre	dal	al	ore

Totale ore

22. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: (*) Il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

(p. 0,20 per mese di attività) *

Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal	al	presso Azienda
dal	al	presso Azienda
dal	al	presso Azienda
dal	al	presso Azienda

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Luogo e data

Firma per esteso (2)

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il prospetto

**inserire nello spazio il nominativo del medico sostituito e negli spazi sotto riportati i recapiti degli Enti indicati

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (3)** _____

(3) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.