

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE ABRUZZO

PARTE I, II, III, IV - L'AQUILA, 18 MAGGIO 2005 -

DIREZIONE – REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila- Telefono (0862) 3631 (n. 16 linee urbane); 364662 – 364690 – 364660 – Fax 364665

PREZZO E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO: Canone annuo: € 77,47 (L. 150.000) – Un fascicolo: € 1,29 (L. 2.500) – Arretrati, solo se ancora disponibili € 1,29 (L. 2.500).

Le richieste di numeri mancati non verranno esauditi trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione.

INSERZIONI: La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri Soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui, tali atti, attengano l'interesse esclusivo della Regione e dello Stato. Le richieste di pubblicazione di avvisi, , bandi, ecc. devono essere indirizzate, con tempestività, esclusivamente alla Direzione del Bollettino Ufficiale, Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila – Il testo da pubblicare, in duplice copia, di cui una in carta da bollo (tranne i casi di esenzione), deve essere inviato unitamente alla ricevuta del versamento in c/c postale dell'importo di € 1,81 (L. 3.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per titoli e oggetto che vanno in neretto e di € 1,29 (L. 2.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per il testo di ciascuna inserzione. Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo **“dalla data di pubblicazione sul B.U.R.A.”**.

Tutti i versamenti vanno effettuati sul ccp n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo – Bollettino Ufficiale – 67100 L'Aquila.

AVVERTENZE: Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si pubblica a L'Aquila e si compone di quattro parti: a) nella parte prima sono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti dei Presidenti della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali – integralmente o in sintesi – che possono interessare la generalità dei cittadini; b) nella parte seconda sono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione; c) nella parte terza sono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione – gratuita o a pagamento – è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati); d) nella parte quarta sono pubblicati per estratto i provvedimenti di annullamento o di rinvio del Comitato e delle Sezioni di controllo sugli atti degli Enti Locali. – Nei Supplementi vengono pubblicati: gli atti riguardanti il personale, gli avvisi e i bandi di concorso della Regione, le ordinanze, i ricorsi depositati, le sentenze e le ordinanze di rigetto, relative a questioni di legittimità costituzionale interessanti la Regione, nonché le sentenze concernenti l'ineleggibilità e l'incompatibilità dei Consiglieri Regionali. In caso di necessità si pubblicano altresì numeri Straordinari e Speciali.

SOMMARIO

Parte III

Avvisi, Concorsi, Inserzioni

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE SANITA'

SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE, MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA

Ambiti territoriali carenti ed incarichi vacanti di Assistenza Primaria e di continuità assistenziale.

PARTE III

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIREZIONE SANITA'
*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

**Ambiti territoriali carenti ed incarichi
vacanti di Assistenza Primaria e di continui-
tà assistenziale.**

Ambiti territoriali carenti di
ASSISTENZA PRIMARIA

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 20 del D.P.R. 28/07/2000, n. 270 e delle disposizioni di cui alla norma transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale già rese esecutive dalla conferenza Stato-Regioni, vengono pubblicati gli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'Assistenza Primaria, rilevati dalle Aziende U.S.L. della Regione ed il

relativo schema di domanda. Al riguardo si comunica che detti ambiti saranno assegnati dalle AA.SS.LL. secondo le procedure di cui al richiamato art. 20, con l'utilizzazione della graduatoria unica regionale definitiva, valevole per l'anno 2005. La domanda dovrà essere redatta secondo lo schema allegato nel quale vanno espressamente elencati gli ambiti carenti per le quali si intende concorrere.

Gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e gli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale di cui alla presente pubblicazione saranno assegnati secondo le seguenti modalità:

Le carenze non coperte per trasferimento vengono assegnate ai medici iscritti in graduatoria nella misura di:

- a)- 67% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione;
- b)- 33% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente;

tenuto conto di quanto previsto dalla norma finale n.5 del D.P.R. 270/00 e delle disposizioni di cui all'art. 16, comma 7 del succitato nuovo ACN.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)



RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R.

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____	Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. _____ di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la **domanda NON potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a), D.P.R. _____);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. _____)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)



RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza
primaria presso la Azienda Sanitaria locale n. _____ di _____, per l'ambito territoriale di
_____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di
assistenza primaria pari a mesi _____.

F A D O M A N D A D I T R A S F E R I M E N T O

Secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____	Ambito _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 20, comma 4, lettera a) del D.P.R. _____ e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria:
allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____

firma per esteso _____

**AMBITI TERRITORIALI CARENTI
ASSISTENZA PRIMARIA**

**AZIENDA U.S.L. DI
CHIETI**

(nota Prot 1087/cg del 24.03.2005)

- **N. 2 (due) zone carenti di cui :**
N. 1 Ambito Francavilla al Mare
N. 1 Ambito Ortona

**AZIENDA U.S.L. DI
PESCARA**

(nota prot. reg. 10952/1 del 27.04.2005)

- **N. 1 zona carente** Ambito Pescara

AZIENDA U.S.L. DI TERAMO

(nota prot. 1612 del 29 aprile 2005)

- Ambito territoriale di Isola del Gran Sasso, Colledara, Castelli, Castel Castagna, Tossicia
N. 2 (DUE) carenze di cui:
N. 1 **Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Isola del Gran Sasso**
N. 1 **Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Tossicia;**
- Ambito territoriale di Roseto degli Abruzzo, Morro D'Oro, Notaresco
- **N. 1 (UNA) carenza**
con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Notaresco
- Ambito territoriale di Pineto, Silvi
N. 1 (UNA) carenza
Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Pineto;
- Ambito territoriale di Colonnella, Martinsicuro
N. 2 (DUE) carenze di cui :
N. 2 **Con obbligo di apertura ambulatorio nel Comune di Martinsicuro;**



DIREZIONE SANITA'
*SERVIZIO ASSISTENZA DISTRETTUALE,
MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA*

Incarichi vacanti di
CONTINUITA' ASSISTENZIALE.

COMUNICATO

Ai sensi dell'art. 49 del D.P.R. 28/07/2000 ,
n. 270 e delle disposizioni di cui alla norma
transitoria n. 2 del nuovo Accordo Collettivo
Nazionale per la medicina generale già rese
esecutive dalla conferenza Stato-Regioni, ven-

gono pubblicati gli incarichi vacanti di Conti-
nuità Assistenziale , individuati dalle Aziende
U.S.L. della Regione ed il relativo schema di
domanda. Al riguardo si comunica che detti
incarichi saranno assegnati dalle AA.SS.LL.
secondo le procedure di cui al richiamato art.
49, con l'utilizzazione della graduatoria unica
regionale definitiva , valevole per l'anno 2005.

La domanda dovrà essere redatta secondo lo
schema allegato nel quale vanno espressamente
elencati gli incarichi vacanti per i quali si
intende concorrere.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)



RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____,
inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 2 del D.P.R. Pos _____ Punti _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Incarico n. _____	Ambito. _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, comma 6 e comma 8 del D.P.R. _____ di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda NON potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 (articolo 3, comma 6, lettera a). D.P.R. _____);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 3, comma 6, lettera b), D.P.R. _____)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

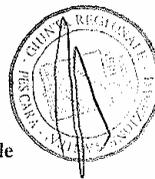
c/o _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____

firma per esteso _____

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)



RACCOMANDATA

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza
_____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____,
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda n. _____ di
_____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di
Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di cui al D.P.R. _____, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

- | | |
|-------------------|---------------|
| Incarico n. _____ | Ambito. _____ |

Alega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 49, comma 2, lettera a) del D.P.R. _____ e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o/ _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____

firma per esteso _____

**INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE****AZIENDA U.S.L. DI L'AQUILA**

(Del. Dir.Gen. n. 251 dell'08 aprile 2005)

N. 1 (uno) turno di 12 ore settimanali nella sede di **BARISCIANO****AZIENDA U.S.L. DI LANCIANO-VASTO**

(nota prot 1380 del 15 aprile 2005)

- N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **PALENA**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **PALMOLI**;
N. 2 (due) turni di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **SCERNI**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **LANCIANO**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **VILLA S.MARIA**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **PIZZOFERRATO**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nelle circoscrizioni di **LAMA DEI PELIGNI-SAN VITO CHIETINO** (12 ore sett. A San Vito Ch. E 12 ore sett. a Lama dei Peligni);
N. 1 (uno) turno di 12 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **SAN SALVO**;

AZIENDA U.S.L. DI CHIETI

(nota prot. n. 1087/cg del 24 marzo 2005)

- N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **ORSOGNA**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi nella circoscrizione di **ORTONA**;
N. 1 (uno) turno di 24 ore settimanali da effettuarsi per 12 ore nella circoscrizione di **ORSOGNA** e per 12 ore nella circoscrizione di **ORTONA**;

AZIENDA U.S.L. DI PESCARA

(nota prot. reg. 10952/1 del 27.04.2005)

N.1 turno di 24 ore settimanali nella sede di **CIVITELLA CASANOVA**N.1 turno di 12 ore settimanali nella sede di **PESCARA****AZIENDA U.S.L. DI TERAMO**

(nota prot. 1612 del 29 aprile 2005)

N.1 turno di 24 ore settimanali nell'Ambito territoriale di **TORTORETO,ALBA ADRIATICA**N.2 turni di 24 ore settimanali cadauno nell'Ambito territoriali di **COLLEDARA,CASTELLI, CASTEL CASTAGNA**

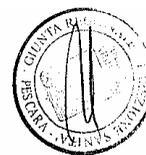


DICHIARAZIONE INFORMATIVA (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in
_____ Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'albo dei _____ della provincia di _____
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445
del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

- 1) - essere / non essere (1) 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 (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
- 2) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. _____ con massimale di n. _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____
- 3) - essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del D.P.R. _____ con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____
- 4) - essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
- 5) - essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
provincia _____ branca _____
periodo: dal _____
- 6) - avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto Legislativo n. 502/92: e successive modificazioni
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
periodo: dal _____
- 7) - essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 8) - essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.l.vo n. 368/99.
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____
- 9) - operare /non operare (1) 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (2):



Organismo _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____

- 10) - operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi , stabilimenti ,istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 :
 (2)

Organismo _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo : dal _____

- 11) - svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93 :

Azienda _____ ore settimanali _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo : dal _____

- 12) - svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)

Azienda _____ Comune di _____
 Periodo : dal _____

- 13) - avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo : dal _____

- 14) - essere /non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

- 15) - fruire /non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

Periodo : dal _____

- 16) - svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna)

Periodo : dal _____

- 17) - essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate , a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 Periodo : dal _____

- 18) - operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4 , 5 ,6 , 7 ,) :

Soggetto pubblico _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

Periodo : dal _____

20) - fruire /non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita : (2)
soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo : dal _____

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro , inoltre , di essere informato , ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati , anche con strumenti informatici , esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

data _____ Firma _____

- (1) - cancellare la parte che non interessa
(2) - completare con le notizie richieste , qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce " NOTE "

Ai sensi dell'art. 38 , D.P.R. del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia , non autenticata , di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax , tramite un incaricato , oppure mezzo posta.

Modelli/Intrevado02/cf



Direttore Responsabile: **Dr. Giuseppe PLACIDI** – Vice Direttore: **Virginio SCAFATI**

Stab. Tipografico G.T.E. – Fossa (L'Aquila)