

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(artt. 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 MARCHE**

**Da inviare, unitamente alla domanda, esclusivamente mediante l'applicazione informatica disponibile sul sito:**  
<https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Salute/Concorsi/Concorso-Corso-Formazione-Medicina-Generale/>

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 D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019, della D.G.R. n. 1617 del 3/12/2022 e del decreto n. \_\_\_\_/SRU del \_\_\_\_\_, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/25, 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 Marche:**  
(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.....

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.\*\*.....

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 ogni 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 \_\_\_\_\_**

**9. Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria / servizio effettivo 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)\*

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

**10. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che 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 ogni mese corrispondente a 52 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 \_\_\_\_\_**

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 dell'assistenza  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 giorni 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.....
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 e 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..... al ..... Servizio:..... svolto presso \*\*.....

dal..... al ..... Servizio:..... svolto presso \*\*.....

19. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, 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 ..... Servizio:..... svolto presso \*\*.....

dal..... al ..... Servizio:..... 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 della 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 dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di 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 Decreto Ministeriale 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 trasmettere copia di detto provvedimento. I documenti di cui sopra vanno inviati alla Regione Marche a mezzo PEC all'indirizzo

[regione.marche.sanitarisorseumane@emarche.it](mailto:regione.marche.sanitarisorseumane@emarche.it) , specificando nell'oggetto "documentazione domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2022-2025 ex art. 3, c.12, D.L. 35/20219.

(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)*

**Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda**

*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 (I)** \_\_\_\_\_