

ASL BT

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi di sostituzione e provvisori – Servizio di Continuità Assistenziale – ASL BT.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 1381 del 12/07/2017, ai sensi del Capo III dell'ACN del 29/07/2009 e delle Norme Regionali di riferimento, è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi separati, validi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione, nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale di questa Azienda.

REQUISITI DI AMMISSIONE

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento:

1. Medici presenti in graduatoria regionale di settore o nella graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2017 pubblicata sul **BURP n. 64 del 01/06/2017**, per l'inserimento nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art.70 dell'ACN del 29/07/2009 e norme regionali di riferimento, con **priorità per i medici residenti nel territorio ASL BT;**

e, per l'inserimento in appositi elenchi separati, utilizzabili solo in mancanza di medici disponibili inseriti nella graduatoria aziendale ed in presenza di obiettive difficoltà di organizzazione del servizio:

2. 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 nella graduatoria regionale (ovvero 31/01/2016) (ai sensi della Norma Transitoria N.4 ACN 29/07/2009), con **precedenza per i medici residenti nel territorio ASL BT;**
3. in subordine ed esclusivamente nei casi di carente disponibilità (art. 70 co. 6 ACN 29/07/2009), medici in possesso dei requisiti di cui alla Norma Finale n. 5 dell'Accordo innanzi richiamato, **con precedenza per i medici residenti nel territorio ASL BT.**

Modalità e termine di presentazione delle domande

Le domande di partecipazione all'avviso, **redatte in bollo da € 16,00** (come previsto dal parere espresso dalla Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate, prot. n. 95419608/2010 del 18/02/2010), indirizzate al **DIRETTORE GENERALE ASL BT- VIA FORNACI, 201- 76123 ANDRIA**, devono essere redatte **esclusivamente come da fac-simile** allegato al presente avviso.

Le domande incomplete o redatte in difformità dal predetto schema fac-simile saranno escluse.

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro il 15° giorno successivo** a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, **esclusivamente:**

- **tramite consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo della ASL BT (dalle ore 11,30 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 16,00 alle ore 17,00 il martedì e il giovedì), sito ad Andria, in via Fornaci - 201 oppure**
- **a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo su indicato; fa fede la data del timbro postale accettante;**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, **pena esclusione.**

Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi

a caso fortuito o forza maggiore che comportino il ritardo nella presentazione della domanda rispetto ai termini previsti nel presente bando.

Le istanze già pervenute o che perverranno prima della pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia non saranno prese in considerazione e saranno archiviate senza alcuna comunicazione ulteriore agli interessati, in quanto il presente bando costituisce a tutti gli effetti notifica nei confronti degli interessati.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, datata e firmata, (allegati fac-simile dello schema di domanda), gli aspiranti devono dichiarare il possesso dei seguenti requisiti generali e specifici, comprovando gli stessi in sostituzione delle normali certificazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183, a titolo meramente esemplificativo:

- a) cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente o di uno dei paesi dell'unione europea ovvero requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D. Lgs. n. 165/01, e s.m.i.;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) il possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
- e) l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
- f) la data di conseguimento dell'abilitazione professionale;
- g) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole **per l'anno 2017**, settore continuità assistenziale, con il relativo punteggio;
- h) data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- i) tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
- j) il consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/03, alla A.S.L. BT al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso da parte degli aventi diritto;
- k) il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso, completo di n. di codice di avviamento postale, di n. telefonico (anche cellulare), di indirizzo di posta elettronica certificata. In caso di omessa indicazione sarà tenuta in considerazione la residenza dichiarata come dal punto a) che precede. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato, **pena esclusione**.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 39 D.P.R. n.445/2000.

La omessa dichiarazione, non altrimenti rilevabile, resa mediante autocertificazione e/o, nei casi previsti, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n.445/00 contestuale e/o allegata all'istanza di ammissione o documentazione del possesso di uno solo dei requisiti generali e specifici prescritti dal presente bando, determina l'esclusione dall'avviso.

In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che il candidato intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato o autodichiarato.

Documenti da allegare alla domanda

Alla domanda i candidati devono allegare:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità, pena la non ammissione;
- autocertificazione informativa rilasciata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183 (ALLEGATO L), pena la non ammissione.

Non saranno presi in considerazione documenti, titoli che perverranno a questa Amministrazione dopo il termine ultimo per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in argomento.

ESCLUSIONE DALL'AVVISO

Costituiscono motivo di esclusione:

- il mancato possesso di uno o più requisiti sia generali che specifici richiesti per l'ammissione;
- l'incompleta o inesatta compilazione della domanda come da fac - simile predisposto dalla ASL BT;
- la mancata sottoscrizione della domanda;
- mancata fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- la presentazione di autocertificazioni relative al possesso dei requisiti, generali e specifici, di ammissione all'avviso, rese in termini difformi da quanto disposto dalla normativa vigente in materia, da cui non si evince il possesso dei requisiti medesimi;
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando;
- la mancata presentazione dell'Allegato "L" o la omessa o non completa compilazione dello stesso.

FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

Delle domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore valevole per l'anno 2017 pubblicata sul **BURP N.64/2017 (ALL. A)** di cui al punto 1) sarà predisposta, con i criteri di cui all'ACN del 29/07/2009, a norma delle disposizioni regionali vigenti materia e **sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente**, una graduatoria contenente i nominativi dei medici residenti nel territorio della ASL BT, nonché una ulteriore graduatoria dei medici residenti nel territorio di altre Aziende, che sarà utilizzata solo in caso di indisponibilità di tutti i medici residenti nel territorio di competenza.

Delle domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori di cui al punto 2), concorrenti ex Norma Transitoria n.4 dell'ACN del 29/07/2009 (**ALL.A**), saranno predisposti appositi elenchi separati, graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea, e saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici inseriti nella vigente graduatoria regionale per l'anno **2017**, con i criteri e le priorità previste nell'Accordo innanzi richiamato e sopra enunciati.

Delle domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori di cui al punto 3) ex Norma Finale n. 5 dell'ACN del 29/07/2009 (**ALL.A**), saranno predisposti appositi elenchi separati, graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea, e saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui ai punti 1) e 2), con i criteri e le priorità previste nell'Accordo innanzi richiamato e sopra enunciati

La graduatoria predisposta ai fini del conferimento di tali incarichi verrà utilizzata per assicurare il servizio come di seguito:

- nei 5 Presidi di Continuità Assistenziale di questa Azienda (DSS n.1 - DSS n.2 - DSS n.3 - DSS n. 4 - DSS n.5);
- eventualmente, su richiesta del Direttore del carcere di Trani, a copertura delle carenze orarie che si andranno a determinare per carenza di personale medico dipendente degli Istituti Penitenziari, in ossequio a quanto stabilito dalla DGR Puglia n. 1076 del 27/05/2014, punto 2) lett.a) - b) - c) - d) - e), per l'assistenza alla popolazione reclusa negli Istituti Penitenziari di Trani.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Gli incarichi di sostituzione e provvisori saranno conferiti, nel rispetto dell'ad 70 ACN 29/07/2009, prioritariamente ai medici di cui al punto 1) ed in subordine ai medici di cui al punto 2), secondo il criterio dello "scorrimento" ovvero secondo quanto previsto dai commi 10 e 11 dell'art. 70 su richiamato.

Qualora non fosse possibile garantire il servizio secondo le procedure di cui sopra, *le ore non coperte*, ai sensi dell'art. 70, co. 5 ACN 29/07/2009, in virtù dell'accordo aziendale approvato con deliberazione n. n. 33 del 12/01/2011, *potranno essere assegnate fino alla concorrenza delle 38 ore settimanali*, ai medici già incaricati presso l'Azienda secondo le priorità stabile dall' art. 42 AIR/2008, comma 6 dell' AIR/2008; si dà atto che tale procedura è eccezionale e risponde ad esigenze straordinarie a garanzia della continuità del servizio e limitatamente nel tempo, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 65 comma 14, ACN del 29/07/2009.

In ultimo ed esclusivamente nei casi di carente disponibilità (secondo la definizione dell' art. 70, comma 7 del vigente ACN), ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, al solo fine di garantire il servizio (art. 70, comma 6 ACN 29/07/2009), solo dopo aver escusso i medici di cui ai punti precedenti ed aver espletato la procedura del completamento orario, verranno interpellati i medici in possesso dei requisiti di cui alla Norma Finale n. 5 dell'Accordo innanzi richiamato, con priorità per i medici residenti nel territorio ASL BT

Si dà atto che, al momento della sottoscrizione del contratto con i sanitari di cui ai punti 2) e 3), si darà **priorità a coloro che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione**, come da autocertificazione informativa rilasciata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183 (ALLEGATO L), con precedenza per i **medici residenti nel territorio ASL BT**.

Le procedure di convocazione saranno effettuate dall'U.O. Personale Convenzionato **esclusivamente** tramite posta aziendale certificata (art. 16 comma 7 L.n. del 28/01/2009).

L'ASL BT si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

I dati personali forniti dai Concorrenti, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.L.gs n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per quanto altro non previsto dal presente Bando, si fa riferimento alle disposizioni che regolano i rapporti con i medici di medicina generale convenzionata.

Il Direttore Area Gestione del Personale
dott. Francesco Nitti

Il Direttore Generale
dott. Ottavio NARRACCI

Marca da Bollo Euro 16,00 Parere Agenzia delle Entrate - Prot.n.954- 19608/2010 del 18/02/2010

ALL.A

AL DIRETTORE GENERALE
 AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
 VIA FORNACI, 201
 76123 A N D R I A

OGGETTO: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale Azienda Sanitaria Locale BT.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nei Presidi di Continuità Assistenziale della ASL BT ai sensi dell'ACN del 29/07/2009 e norme regionali di riferimento.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara:

- di essere nato a _____ il _____ C.F. _____;
- di risiedere nel Comune di _____ CAP _____
- alla Via _____, n° _____,
- Recapito Telefonico Fisso n. _____,
- Recapito mobile Cell. _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare _____ la _____ condizione) _____;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____;
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (obbligatorio) _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, con voto di laurea _____ presso _____;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero _____;

1. di concorrere/non concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, essendo incluso al n. _____, con punti _____, della graduatoria

regionale di Medicina Generale per l'anno 2017, settore continuità assistenziale, pubblicata sul **BURP n. 64 del 01/06/2017(**)**;

2. di concorrere/non concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.T. n.4 dell'ACN del 29/07/2009, essendo in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, conseguito ai sensi del D. Lgs. n. 256/91 il _____ presso _____ (**);
3. di concorrere/non concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.F. n.5 dell'ACN del 29/07/2009, avendo acquisito l'abilitazione professionale il _____, successivamente alla data del 31/12/1994 (**);
- di svolgere/non svolgere altre attività come Medico, compreso la frequenza di corsi di specializzazione e/o corsi triennali di formazione in medicina generale ex D.L.vo 256/91. In caso _____ affermativo _____ specificare _____ ;
- _____ ;
- di non avere procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;
- di accettare le condizioni previste dal bando;
- di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.L.gs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dr. _____
 COMUNE DI _____ Provincia di _____
 CAP _____ Via _____,
 N. _____ RECAPITO TELEFONICO FISSO o MOBILE
 _____, Indirizzo di Posta Elettronica certificata
 _____.

Allega alla presente domanda, copia di un valido documento di riconoscimento e "Allegato L".

Il sottoscritto dichiara, fin d'ora, di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. del 29/07/2009 che disciplina i rapporti con i medici di Medicina Generale del quale ha integrale conoscenza e dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità.

Luogo e data _____

firma

(*)

(*) La presente domanda deve essere datata e firmata, a pena di esclusione. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

(**) Barrare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.

ALLEGATO L**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 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 assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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 relativo Accordo Collettivo Nazionale 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 sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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, D.L.vo n. 502/92:

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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

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 sett. _____

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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della 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 compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi 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 sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi 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: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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"