

Concorsi

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Zone carenti medicina generale marzo e settembre 2017.**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29\07\09 PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI
DEL Comma I, ART. 34, ACN 29/07/09 DALLE AZIENDE SANITARIE A MARZO E SETTEMBRE
2017**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT Via Fornaci n° 201 76123 Andria			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
2	ANDRIA	5 INCARICHI	Delibera 923 del 23/05/17 (carenze marzo 2017)
3	SPINAZZOLA	1 INCARICO	
5	BISCEGLIE	3 INCARICHI	
5	TRANI	2 INCARICHI	
3	MINERVINO MURGE	1 INCARICO	Delibera 2317 del 26/10/17 (carenze settembre 2017)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	Nota n. 1768 del 10/01/18 (residui marzo 2014)
5	TRANI	2 INCARICHI	
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	(residui marzo 2015)
5	TRANI	3 INCARICHI	
2	ANDRIA	2 INCARICHI	(residui settembre 2015)
5	BISCEGLIE	2 INCARICHI	
2	ANDRIA	2 INCARICHI	(residuo marzo 2016)
5	BISCEGLIE	1 INCARICO	(residui settembre 2016)
5	TRANI	1 INCARICO	
	TOTALE	29 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n°6 70123 Bari			
DISTR.	COMUNE	carenze	DELIBERA
63	CASAMASSIMA	1 INCARICO	Delibera n.251 del31/01/18 (carenze marzo 2017)
52	CONVERSANO	1 INCARICO	
59	MODUGNO	1 INCARICO	
61	MOLA DI BARI	1 INCARICO	
62	POLIGNANO	1 INCARICO	
60	VALENZANO	1 INCARICO	
55	ACQUAVIVA DELLE FONTI	1 INCARICO	(carenze settembre 2017)
60	ADELFA	1 INCARICO	
54	ALTAMURA	1 INCARICO	
UNICO	BARI (Municipio 2)	1 INCARICO	
UNICO	BARI (Municipio 3)	3 INCARICHI	
UNICO	BARI (Municipio 4)	2 INCARICHI	
51	BITONTO(Palombaio)	1 INCARICO	
63	GIOIA DEL C.	1 INCARICO	
54	GRAVINA-POGGIORSINI	2 INCARICHI	
64	LOCOROTONDO	1 INCARICO	
61	MOLA DI BARI	1 INCARICO	
62	MONOPOLI	1 INCARICO	
64	NOCI	1 INCARICO	Nota n.16563/2 del 19/01/18 (residuo settembre 2013)
55	GRUMO-BINETTO	1 INCARICO	(residuo marzo 2014)
55	CASSANO DELLE MURGE	1 INCARICO	(residuo marzo 2015)
55	ACQUAVIVA DELLE FONTI	2 INCARICHI	(residui marzo 2016)
UNICO	BARI (Municipio 3)	1 INCARICO	
59	BITETTO	1 INCARICO	
51	BITONTO(Palombaio)	1 INCARICO	
54	GRAVINA-POGGIORSINI	1 INCARICO	
60	CAPURSO-CELLAMMARE	1 INCARICO	(residui settembre 2016)
63	GIOIA DEL COLLE	1 INCARICO	
64	PUTIGNANO	1 INCARICO	
	TOTALE	34 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR			
Via Napoli n°8 72100 Brindisi			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
3	FRANCAVILLA FONTANA	1 INCARICO	Delibera 478 del 07/03/18 (carenze marzo 2017)
3	CAROVIGNO	1 INCARICO	
4	LATIANO	1 INCARICO	
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1 INCARICO	(carenze settembre 2017)
3	CAROVIGNO	1 INCARICO	
4	LATIANO	2 INCARICHI	
4	ERCHIE	1 INCARICO	Nota n. 18095 del 07/03/18 (residuo marzo 2013)
	TOTALE	8 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
54	MANFREDONIA	1 INCARICO	Delibera 1565 del 13/12/17 (carenze marzo 2017)
55	CERIGNOLA	1 INCARICO	
55	CARAPELLE	1 INCARICO	
58	ROSETO VALFORTORE	1 INCARICO	
59	ORSARA DI PUGLIA	1 INCARICO	
60	FOGGIA	3 INCARICHI	
51	SAN SEVERO	1 INCARICO	(carenze settembre 2017)
51	POGGIO IMPERIALE	1 INCARICO	
53	VICO DEL GARGANO	2 INCARICHI	
53	VIESTE	1 INCARICO	
53	ISOLE TREMITI	1 INCARICO	
58	CASTELNUOVO DELLA DAUNIA	1 INCARICO	
60	FOGGIA	2 INCARICHI	
53	VIESTE	1 INCARICO	Nota n. 388 del 03/01/18 (residuo marzo 2016)
55	CERIGNOLA	1 INCARICO	(residui settembre 2016)
53	STORNARELLA	1 INCARICO	
51	TORREMAGGIORE	2 INCARICHI	Nota n. 19706 del 06/03/18 (residui marzo 2016)
51	SAN SEVERO	1 INCARICO	
	TOTALE	23 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Maglietta n°5 73100 Lecce			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
51	LECCE-ARNESANO	1 INCARICO	Delibera 151 del 30/01/18 (carenza marzo 2017)
51	LECCE-ARNESANO	2 INCARICHI	(carenze settembre 2017)
54	MELENDUGNO*	1 INCARICO	
59	MATINO	1 INCARICO	
53	NARDO'	1 INCARICO	Nota n. 6962 del 15/01/18 (residuo marzo 2014)
	TOTALE	6 INCARICHI	

*N.B. Carenza di
Melendugno vincolo apertura
studio nella frazione di Borgagne
(art.34 c.11 ACN 27/09/09)

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n°31 74100 Taranto			
DISTR.	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
1	LATERZA	2 INCARICHI	Delibera 2676 del 16/11/17 (carenze marzo 2017)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	
UNICO	TARANTO(zona tre Carrare-Solito)	1 INCARICO	
7	AVETRANA	1 INCARICO	
7	MANDURIA	1 INCARICO	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(carenze settembre 2017)
2	STATTE	1 INCARICO	
6	CAROSINO	1 INCARICO	
6	Faggiano-Monteparano-Roccaforzata(2° Aggregaz.)*	1 INCARICO	
6	GROTTAGLIE	3 INCARICHI	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	Nota n. 15957 del 25/01/18 (residui marzo 2014)
2	STATTE	1 INCARICO	
2	MASSAFRA	1 INCARICO	(residuo settembre 2014)
1	GINOSA	1 INCARICO	(residui marzo 2016)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	
2	PALAGIANO	1 INCARICO	
6	Maruggio-Torricella (3°Aggregazione)	1 INCARICO	
7	FRAGAGNANO	1 INCARICO	
1	GINOSA	1 INCARICO	(residui settembre 2016)
2	MASSAFRA	1 INCARICO	
2	MOTTOLA	1 INCARICO	
2	PALAGIANO	1 INCARICO	
7	MANDURIA	1 INCARICO	
7	SAVA	1 INCARICO	
TOTALE		27 INCARICHI	

*N.B. 2° aggregazione, Comuni di Faggiano-Monteparano-Roccaforzata , l'avente titolo deve aprire lo studio convenzionato nel comune di Faggiano, fermo restando che dovrà garantire l'assistenza anche domiciliare, a tutti i residenti dell'aggregazione.

N.B. Si da atto che la pubblicazione delle carenze anno 2017 è stata effettuata sulla base delle comunicazioni disposte dalle singole AA.SS.LL. anche in relazione ai residui anni precedenti, così come previsto dal bando pubblicato sul BURP N.90 del 27/07/2017.

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 29/07/09".

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2017, approvata con determinazione dirigenziale n. 117 del 22/05/2017 è pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15gg. (quindici) dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, distinta per ogni semestre -PENA ESCLUSIONE-, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2017.

Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. b) ACN 29/07/09.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della L. 445/00, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in situazione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 8, dell'art. 17, ACN 29/07/09

Per l'assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria mediante graduatoria regionale di medicina generale, si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a) e b), le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 67% per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale D.L.vo n.256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03;
- 2) percentuale del 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 29/07/09, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 29/07/09. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA -PENA ESCLUSIONE- NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, gli incarichi carenti saranno assegnati in unica soluzione, per semestre, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche a tramite posta certificata.

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione. Gli eventuali incarichi già assegnati a cui non farà seguito l'apertura dello studio da convenzionarsi, nei termini di 90 gg previsti dall'art. 95 ACN vigente, vanno considerati come residui e ribaltati sulla rilevazione della annualità successiva.

Le AA.SS.LL. devono procedere a formulare le graduatorie ed assegnazione dei relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

ASL BA	15 giugno 2018
ASL BR	18 giugno 2018
ASL BT	19 giugno 2018
ASL FG	20 giugno 2018
ASL TA	21 giugno 2018
ASL LE	22 giugno 2018

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui (anno 2017) dovranno essere tempestivamente comunicati e comunque non oltre il 01 ottobre 2018 all' Assessorato al Welfare per consentire la pubblicazione delle carenze marzo 2018.

In assenza di comunicazione si procederà d'ufficio a pubblicare le carenze relative a marzo 2018, così come già comunicato.

L'ISTRUTTORE
Sig. Pietro LAMANNA

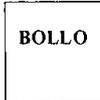
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dr. Giuseppe LELLA

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dr. Giovanni CAMPOBASSO

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (MARZO 2017)
(PER TRASFERIMENTO)**



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M _____ F _____ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Data _____ (firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (MARZO 2017)
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA _____

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il ___ M ___ F ___ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. ___ Via _____ n. ___ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2017al posto n. ___ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. ___ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE/RESIDUO _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 ACN 29/07/09 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D. L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);

riserva per medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7, lett. b, ACN 29/07/09).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

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

Data _____

(firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (SETTEMBRE 2017)
(PER TRASFERIMENTO)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il ___ M ___ F ___ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. ___ Via _____ n. ___ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. ___ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____ SEMESTRE _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Data _____

(firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (SETTEMBRE 2017)
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA _____

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2017al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 64 del 01/06/2017

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ SEMESTRE _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 ACN 29/07/09 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondente di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D. L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);
- riserva per medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7, lett. b, ACN 29/07/09).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

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

Data _____

_____ (firma per esteso)

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.