

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti territoriali carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) rilevati a marzo e settembre 2018. Incarichi a tempo indeterminato a n. 38 ore settimanali.

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE ACN 29/07/09 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118) RILEVATE AI SENSI DEL COMMA 3, ART. 92, ACN 29/07/2009 DALLE AZIENDE SANITARIE A MARZO e SETTEMBRE 2018.
INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO n. 38 ORE SETTIMANALI

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA
 Lungomare Starita n. 6 - 70123 Bari -

AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
3	GIOIA DEL COLLE	1	MARZO 2017	Nota n.175161 -2 del 03/07/2019
6	GRUMO APPULA	1	MARZO 2017	Nota n.175161 -2 del 03/07/2019
2	NOCI	1	MARZO 2018	Delibera n. 598 del 21/03/2018
5	BARI - Tribunale	1	MARZO 2018	Delibera n. 598 del 21/03/2018
6	BARI - S. Paolo	1	MARZO 2018	Delibera n. 598 del 21/03/2018
6	BITONTO	1	MARZO 2018	Delibera n. 598 del 21/03/2018
4	TRIGGIANO	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018
5	BARI - Tribunale	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018
7	RUVO DI PUGLIA	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018
8	ACQUAVIVA DELLE FONTI	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018
8	ALTAMURA	5	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018
8	SANTERAMO	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1529 del 28/09/2018

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
 Via Fornaci n° 201 - 76123 Andria -

AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	MARGHERITA DI SAVOIA	1	SETTEMBRE 2016	Nota n. 68302 del 11/10/2019
2	TRANI	1	SETTEMBRE 2016	Nota n. 68302 del 11/10/2019
3	CANOSA DI PUGLIA	2	SETTEMBRE 2016	Nota n. 68302 del 11/10/2019
3	MINERVINO MURGE	2	SETTEMBRE 2016	Nota n. 68302 del 11/10/2019
2	ANDRIA	1	MARZO 2017	Nota n. 68302 del 11/10/2019
1	BARLETTA	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 68302 del 11/10/2019
3	CANOSA DI PUGLIA	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 68302 del 11/10/2019
2	ANDRIA	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1702 del 03/10/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR				
Via Napoli n. 8 -72100 Brindisi -				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	CISTERNINO	2	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
1	CEGLIE MESSÁPICA	4	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
1	FASANO	2	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
1	OSTUNI	2	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
1	SAN VITO DEI NORMANNI	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
2	SAN PIETRO VERNOTICO	6	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
2	MESAGNE	4	SETTEMBRE 2017	Nota n. 78595 del 16/10/2019
1	CISTERNINO	1	MARZO 2018	Delibera n. 564 del 01/04/2019
2	SAN PIETRO VERNOTICO	1	MARZO 2018	Delibera n. 564 del 01/04/2019
2	MESAGNE	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 564 del 01/04/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE FG				
Piazza Libertà n. 1 - 71100 Foggia -				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	VOLTURINO	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
4	CERIGNOLA	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
8	RODI GARGANICO	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
8	VICO DEL GARGANO	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
9	PESCHICI	4	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
10	ZAPPONETA	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 48393 del 14/06/2018
6	LESINA	1	MARZO 2018	Delibera n. 910 del 18/06/2018
6	TORREMAGGIORE	1	MARZO 2018	Delibera n. 910 del 18/06/2018
6	TORREMAGGIORE (PPI)	1	MARZO 2018	Delibera n. 910 del 18/06/2018
7	SAN MARCO IN LAMIS (PPI)	1	MARZO 2018	Delibera n. 910 del 18/06/2018
10	MANFREDONIA	1	MARZO 2018	Delibera n. 910 del 18/06/2018
3	ANZANO DI PUGLIA	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1545 del 25/10/2018
6	TORREMAGGIORE (PPI)	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1545 del 25/10/2018

AZIENDA SANITARIA LOCALE LE Viale Don Minzoni, 8 - 73100 Lecce -				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
1	CAMPI SALENTINA	3	MARZO 2017	Nota n. 143901 del 09/10/2019
1	COPERTINO	1	MARZO 2017	Nota n. 143901 del 09/10/2019
3	GALATINA	1	MARZO 2017	Nota n. 143901 del 09/10/2019
4	OTRANTO	1	MARZO 2017	Nota n. 143901 del 09/10/2019
1	CAMPI SALENTINA	1	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
1	COPERTINO	3	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
1	VEGLIE	5	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
3	NARDO'	1	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
4	OTRANTO	2	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
4	POGGIARDO	1	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
5	GALLIPOLI	2	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
5	UGENTO	1	MARZO 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
2	LECCE (nuovo Fazzi)	2	SETTEMBRE 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
4	OTRANTO	1	SETTEMBRE 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
4	POGGIARDO	2	SETTEMBRE 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019
5	CASARANO	1	SETTEMBRE 2018	Nota n. 143901 del 09/10/2019

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA Viale Virgilio n. 31 - 74100 Taranto -				
AREA	COMUNE	RESIDUI / CARENZE	PERIODO	DELIBERA
2	CRISPIANO	3	SETTEMBRE 2012	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	TALSANO	5	SETTEMBRE 2012	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	TARANTO NORD	1	SETTEMBRE 2012	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	TARANTO SUD	1	SETTEMBRE 2012	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	TORRICELLA	1	MARZO 2013	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	PULSANO	1	SETTEMBRE 2013	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	CASTELLANETA	1	SETTEMBRE 2014	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	LATERZA	1	SETTEMBRE 2014	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	MOTTOLA	1	MARZO 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	MANDURIA	1	MARZO 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	GINOSA	2	SETTEMBRE 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	MOTTOLA	2	SETTEMBRE 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	TARANTO CENTRO	3	SETTEMBRE 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	TORRICELLA	1	SETTEMBRE 2015	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	TARANTO SUD	1	MARZO 2016	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	CASTELLANETA	1	SETTEMBRE 2016	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	PULSANO	1	SETTEMBRE 2016	Nota n. 170238 del 08/10/2019
2	MARTINA FRANCA	1	SETTEMBRE 2017	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	GROTTOGLIE	1	MARZO 2017	Nota n. 170238 del 08/10/2019
3	MANDURIA	1	MARZO 2017	Nota n. 170238 del 08/10/2019
1	MASSAFRA	1	MARZO 2018	Delibera n. 31 del 24/04/2018
2	TARANTO SUD	1	MARZO 2018	Delibera n. 31 del 24/04/2018
1	CASTELLANETA	2	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1400 del 09/11/2018
3	TORRICELLA	1	SETTEMBRE 2018	Delibera n. 1400 del 09/11/2018

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicati è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2018, approvata con determinazione dirigenziale n. 324 del 18/12/2017 e pubblicata sul BURP n. 144 del 21/12/2017.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15 gg. (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/e alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti. Si precisa altresì che le opzioni per le zone carenti riferite ai periodi precedenti (residui) dovranno essere indicate in coda alla istanza relativa a marzo 2017. Le domande devono essere regolarizzate secondo le norme vigenti in materia di bollo.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento del possesso del requisito per la formulazione delle graduatorie aziendali di cui discendono gli incarichi di Medicina Generale è la data di rilevazione delle carenze.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti, secondo l'ordine di priorità di seguito riportato :

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
 - b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06.
 - c) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1 L.R. n° 7 del 28/03/12.
- Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 29/07/09.
 - Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 29/07/09.
 - Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3) di cui alla L.R. n°26 del 09/08/06).
 - Allegato "D" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 1) di cui alla L.R. n°7 del 28/03/12 , e comunque in servizio alla data del 31/3/2012, su postazioni individuate dalla DGR/2488 del 15/12/2009.

In allegato alla domanda, gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, attestante le eventuali situazioni di incompatibilità che in ogni caso devono essere rimosse alla data di assegnazione dell'incarico (comma 14, art. 92, ACN 29/07/09).

IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE
(Dott. Alfredo De PASCALIS)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dott. Giovanni CAMPOBASSO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Marzo 2018 (per trasferimento)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

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 emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale: 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 _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Settembre 2018 (per trasferimento)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M F _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale: 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 _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Marzo 2018 (per graduatoria)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2017 con punti _____ alla posizione n° _____
pubblicata sul BURP n° 64 del 01/06/2017

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale:
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:

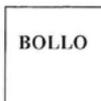
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
Settembre 2018 (per graduatoria)**



RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno 2017 con punti _____ alla posizione n° _____ pubblicata sul BURP n° 64 del 01/06/2017

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale: 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:

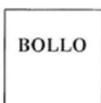
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26, del 09/08/2006**



RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :
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 _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dalla L.R. n° 7 del 28 marzo 2012**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M F Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 29/07/09 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	AREA	POSTAZIONE	AZIENDA	AREA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dall'art. 1) di cui alla L.R. n° 7 del 28/03/12 per personale in servizio alla data del 31/3/2012 e su postazioni individuate dalla DGR n. 2488 del 15/12/2009.

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 _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____