

**Concorsi e avvisi relativi alle procedure di reclutamento del personale**

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA.

**PUBBLICAZIONE AMBITO DISTRETTUALE CARENTE STRAORDINARIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA DI LIBERA SCELTA.**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI STRAORDINARI  
RILEVATI AI SENSI DELL'ART. 24 AIR 2023

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI**

Lungomare Starita n. 6 - 70123 Bari  
[agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it)

DISTRETTO	COMUNE	DISPONIBILITA'	CARENZE	PROVVEDIMENTO
DSS n. 1	Giovinazzo	02/11/2024	1	Verbale Comitato Regionale del 12/09/2024
DSS n. 9	Bitritto	01/01/2025	1	Verbale Comitato Regionale del 12/09/2024

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE**

Via Miglietta, 5, 73100 Lecce LE  
[areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it](mailto:areapersonale.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it)

DISTRETTO	COMUNE	DISPONIBILITA'	CARENZE	PROVVEDIMENTO
Lecce	Lequile	31/10/2024	1	Verbale Comitato Regionale del 12/09/2024
DSS n. 5	Galatina	30/11/2024	1	Verbale Comitato Regionale del 12/09/2024
DSS n. 10	Miggiano	20/11/2024	1	Nota prot. ASL LE n. 194624 del 12/09/2024

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BRINDISI**

Via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi  
[protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)

DISTRETTO	COMUNE	DISPONIBILITA'	CARENZE	PROVVEDIMENTO
DSS n. 3	Oria	19/10/2024	1	Verbale Comitato Regionale del 12/09/2024

Ai sensi dell'art. 32, ACN del 25/07/2024 "possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine di attribuzione:

- a) *per trasferimento tra aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza della stessa Regione che pubblica l'avviso;"*

I pediatri di libera scelta, già inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, possono concorrere per trasferimento a condizione che siano iscritti in un ambito di scelta di provenienza diverso da quello per il quale concorrono.

- b) *"per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato*

*iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione;*

- c) *“i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l’anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali”;*
- d) *“i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all’atto della presentazione della domanda di cui al comma 4”;*
- e) *“pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., non compresi nella lettera precedente.*

Ai sensi dell’art. 32, co.6, *“I pediatri di cui al comma 5, lett. a) e b) sono graduati in base all’anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico di cui all’articolo 21, comma 1.”*

I pediatri di cui alla lettera c) sono graduati nell’ordine risultante dai criteri ripotati al comma 7) lett. a), b) e c) dell’ art. 32.

I pediatri di cui alla lettera d) e lettera e) sono graduati nell’ordine dell’anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettera a), b) e c) sono graduati nell’ordine dell’anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

Si precisa che il calcolo del requisito dell’anzianità (2 o 4 anni) deve intendersi maturato alla data di rilevazione della carenza (12/09/2024).

Gli aspiranti, entro 20 giorni dalla data successiva alla pubblicazione del presente avviso sul BURP, presentano alla Azienda Sanitaria Locale, competente territorialmente, apposita domanda di assegnazione di incarico per l’ambito territoriale carente pubblicato. La domanda dovrà essere inviata in modalità telematica a mezzo PEC all’indirizzo inserito nella tabella di seguito riportata, utilizzando esclusivamente la modulistica allegata al presente bando, pena la non ammissibilità della domanda.

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l’indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata ed accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell’art.38 del DPR 445/2000)
2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

Inoltre, al momento dell’invio della domanda il Pediatra di Libera Scelta deve avere provveduto all’assolvimento dell’imposta di bollo, pari ad € 16,00, applicando ed annullando la marca da bollo sulla domanda scansionata.

<b>AZIENDA</b>	<b>Indirizzo PEC</b>
ASL BARI	<a href="mailto:agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it">agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it</a>
ASL LECCE	<a href="mailto:area.personale@pec.asl.lecce.it">area.personale@pec.asl.lecce.it</a>
ASL BRINDISI	<a href="mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it">protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it</a>

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori, pena esclusione. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile (ore 24:00 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). E' onere del candidato verificare l'effettiva ricezione della domanda, da parte delle AA.SS.LL, attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna", rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi aziendali.

Il candidato è tenuto altresì a verificare l'effettiva leggibilità della documentazione trasmessa.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della D.P.R n. 445/2000, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante alla data di presentazione della domanda, l'esistenza di rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione ed eventuali situazioni di incompatibilità nonché la sussistenza di eventuali periodi di sospensione.

Le eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 3, dell'art. 20, ACN 25/07/2024.

La graduatoria delle domande degli aspiranti dovrà essere effettuata in conformità ai criteri di cui all' art. 32 ACN del 25/07/2024.

L'interpello degli aspiranti aventi titolo dovrà avvenire nel rispetto dei criteri di cui al comma 11 del art. 32 ACN del 25/07/2024.

Le AA.SS.LL. devono procedere a formulare le graduatorie ed assegnazione dei relativi incarichi entro il 18/10/2024.

*Ai sensi dell'Art. 32 co. 14 ACN 25/07/2024 "la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o, in assenza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno."*

**Il Funzionario Istruttore**

Gianluca Ranieri

Firmato digitalmente

**Il Responsabile E.Q.**

Emanuele Carbonara

Firmato digitalmente

**Il Dirigente della Sezione SGO**

Mauro Nicastro

Firmato digitalmente

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA

(PER TRASFERIMENTO lett. A e B)

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il  
c.f. tel. residente in  
Prov. alla via CAP residente nel territorio della  
Regione Puglia dal con incarico in atto c/o ASL Comune di dal

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. A) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**

Secondo quanto previsto dall'art. 33, comma V, lett. B) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**

## DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. A) ACN 28/04/2022, di risultare titolare di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dichiaro altresì di provenire da un ambito di scelta diverso da quello per il quale si concorre.

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## DICHIARA

al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma V lett. B) ACN 28/04/2022, di risultare già iscritto da almeno 4 (quattro) anni in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolge altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del servizio sanitario nazionale,

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art.32, comma V, lett. A e B ACN 28/04/2022 nonché l'anzianità di incarico di assistenza pediatrica.

Allegati n: \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo:

Indirizzo PEC :

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA  
(PER GRADUATORIA lett. C)

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il  
c.f. tel. residente in  
Prov. alla via CAP residente nel territorio della  
Regione Puglia dal inserito/a nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta  
valevole per l'anno al posto n. con punteggio pubblicata sul BURP  
n. del

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. C) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica  
Pediatria del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica  
Pediatria, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**

## DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett.b) ACN 28/04/2022, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 6 (sei) in quanto residente nell'ambito territoriale dichiarato carente di \_\_\_\_\_ fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico;

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

## DICHIARA

Di avere / non avere titolo, al fine del conferimento degli incarichi carenti di cui al comma VII lett. c) ACN 28/04/2022, all'attribuzione del punteggio aggiuntivo di punti 10 (dieci) in quanto residente nell'ambito della Regione Puglia fin da 2 (due) anni antecedenti alla scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che manterrà tale requisito sino all'attribuzione dell'incarico,

- di esser residente a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 32 comma V, lett. c), ACN 28/04/2022

Allegati n:

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo:

Indirizzo PEC :

data:

firma per esteso

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DI  
ASSISTENZA SPECIALISTICA IN MEDICINA PEDIATRICA

*pediatri che hanno conseguito il diploma di specializzazione o discipline equipollenti tab. B del D.M 30/01/98 dopo il  
15/09/2023*

MARCA DA BOLLO

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa nato/a a Prov. il  
c.f. tel. residente in  
Prov. alla via CAP residente nel territorio della  
Regione Puglia dal e laureato in data presso l'Università all'età di  
anni, con voto di laurea

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza Specialistica Pediatrica, pubblicati sul BURP n. del e segnatamente per i seguenti ambiti:

**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**  
**Ambito distrettuale n. \_\_\_\_ Zona carente: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_**

In osservanza a quanto previsto dall'art. 32, comma V, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica Pediatrica del 28/04/2022, è consapevole di poter accedere alla assegnazione, in subordine agli aventi diritto per trasferimento e per graduatoria, nel rispetto della graduatoria prevista dalla stessa norma.

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione;
- diploma di specializzazione di pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M 30/01/98 e s.m.i;
- autocertificazione del titolo;

- autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (rese ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000) atte a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 32, comma V, lett. d), ACN 28/04/2022;
- documento di riconoscimento.

Allegati n:

Chiede che ogni comunicazione in merito venga recapitata presso il seguente indirizzo:

Indirizzo PEC :

data:

firma per esteso

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**  
**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio art.47**  
**D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)**

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, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445/2000.

**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 incarico 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 a ciclo di scelta 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.....  
 Periodo: dal .....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico come 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)  
 A.S.L. .... branca..... ore sett.....  
 A.S.L..... branca..... ore sett.....
5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
 Provincia..... branca.....  
 Periodo: dal.....
6. essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica), a tempo indeterminato o a tempo determinato, o nella emergenza sanitaria territoriale, a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione  
 o in altra Regione (2): ..... A.S.L..... ore sett.....  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
7. essere/non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica 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 Decreto leg.vo n °368/99  
 Denominazione del corso.....  
 Soggetto pubblico che lo svolge .....

Inizio: dal .....

8. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto in 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 .....
9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....
10. 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.....
11. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L. .... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
12. 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 .....
13. essere/non essere(1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale .....
14. 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.....
15. 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 scrivere: nessuna)

.....  
.....

Periodo: dal.....

16. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:  
Azienda ..... Comune .....  
ore sett. .... Tipo di attività .....  
..... Periodo: dal.....

17. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi 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):  
Soggetto pubblico.....  
Via..... Comune di .....  
Tipo di attività.....  
Tipo di rapporto di lavoro:.....  
Periodo: dal.....

18. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)  
.....  
.....  
Periodo: dal.....

19. fruire/non fruire (1) del trattamento di trattamento pensionistico da parte di altri fondi  
pensionistici differenti da quelli di cui al punto 14  
soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....  
.....  
Pensionato: dal.....

20. essere/non essere(1) in possesso dell’attestato di formazione specifica in Medicina Generale  
come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003,  
conseguito il ..... presso la Regione .....  
triennio .....

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".

**La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell’art. 38 D.P.R. 445/2000. Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la copia del documento di riconoscimento.**