

REGIONE PUGLIA - DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO ASSISTENZA SANITARIA E MEDICINA CONVENZIONATA 10 marzo 2026, n. 52

**Determinazione dirigenziale n. 58 del 19.12.2025, rettificata con determinazione dirigenziale n. 75 del 29.12.2025 e determinazione dirigenziale n. 8 del 09.01.2026. Pubblicazione ex art. 34 ACN MMG degli ambiti carenti non assegnati.**

#### IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

- Visti gli articoli 4 e 5 della L.R. n. 7/97;
- Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01;
- Visto l'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69 che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo Ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
- Visto l'art.18 del D.Lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Viste le Determinazioni del Direttore dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità n. 3 del 9/9/2009 e n. 4 dell'11/9/2009;
- Vista la D.G.R. n. 2271 del 31.10.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità e la conseguente ratifica con D.P.G.R. n.743 del 12.11.2014 di Organizzazione dei Servizi dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità;
- Vista la D.D. n. 9 del 20.04.2015 del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione di Riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della Salute delle Persone e delle pari Opportunità;
- Visto il DPGR 31 luglio 2015 n. 443 di adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA";
- Visto il D.P.G.R. n. 22/2021 relativo all'adozione del modello organizzativo denominato "Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale – MAIA 2.0";
- Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 1657 del 29/10/2025 avente ad oggetto: "Affidamento incarichi di direzione delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Giunta regionale oggetto di rimodulazione".
- Vista la determinazione dirigenziale n. 106 dell'11/11/2025 della Sezione Organizzazione e Formazione del Personale, avente ad oggetto: "Ridefinizione assetto dei Servizi del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R. n. 1154 del 4 agosto 2025";
- Vista la D.G.R. n. 1466 del 15 settembre 2021, recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata "Agenda di Genere";
- Vista la D.G.R. n. 1295 del 26/09/2024 recante "Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturali";
- Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 228 del 29/04/2025 di conferimento dell'incarico di Elevata Qualificazione "Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rivenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.";
- Vista la D.G.R. 15 settembre 2021, n.1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità, denominata "Agenda di Genere";
- Vista la D.G.R. del 26/09/2024, n. 1295 recante "Valutazione di impatto di genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico- operativi e avvio fase strutturale";
- Visto l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni;
- Visto l'Accordo Integrativo Regionale recepito con DGR n. 636 del 16/05/2025.

Sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore e confermata dal Responsabile E.Q., riceve la seguente relazione:

**Considerato che:**

- con determinazione dirigenziale n. 58 del 19.12.2025 recante “Art. 34 comma 26, art. 31 comma 3, art. 32 comma 8, art. 32 comma 9 ACN MMG del 04.04.2024. Avvio procedura di assegnazione carenze”, così come rettificata dalla determinazione dirigenziale n. 75 del 29.12.2025 è stata avviata la procedura di rilevazione delle carenze straordinarie per l’annualità 2025;
- nell’allegato A sono state riportate le zone carenti oggetto di pubblicazione, distinte per ASL;
- il suddetto allegato A è stato oggetto di rettifica con determinazione dirigenziale n. 8 del 9.01.2026, giusta segnalazione di errore materiale pervenuta dalla ASL Bari.

**Atteso che:**

- le Aziende sanitarie locali hanno comunicato, l’esito dei subprocedimenti espletati ai sensi dell’art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell’ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell’AIR 2025 (con specifico riferimento alle zone carenti pubblicate con determinazione dirigenziale n. 58/2025, parzialmente rettificata con determinazione dirigenziale n. 6/2026), mediante comunicazioni acquisite a protocollo regionale come di seguito riportato:

ASL BARI	nota acquisita a prot. n. 0027742 del
	20/01/2026
ASL BRINDISI	nota acquisita a prot. n. 0061542 del
	05/02/2026
ASL BT	nota acquisita a prot. n. 0049959 del
	30/01/2026
ASL FOGGIA	nota acquisita a prot. n. 0039631 del
	26/01/2026
ASL LECCE	nota acquisita a prot. n. 0089521 del
	19/02/2026
ASL TARANTO	nota acquisita a prot. n. 0039412 del
	26/01/2026

**Tenuto conto che:**

- rientra nella responsabilità delle ASL il corretto svolgimento delle procedure effettuate ai sensi dell’art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell’ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell’AIR 2025 (con specifico riferimento alle zone carenti pubblicate con determinazione dirigenziale n. 58/2025, parzialmente rettificata con determinazione dirigenziale n. 6/2026)

**Valutato che:**

- occorre procedere, nell’ambito del procedimento avviato con determinazione dirigenziale n. 58/2025, all’espletamento del subprocedimento di cui all’art. 34 dell’ACN di medicina generale, mediante la pubblicazione delle zone carenti pubblicate con determinazione dirigenziale n. 58/2025, parzialmente rettificata con determinazione dirigenziale n. 6/2026 non assegnate all’esito delle procedure di cui all’art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell’ACN medicina generale, nonché della norma finale n. 1 dell’AIR 2025, sulla base di quanto dichiarato, dalle Aziende sanitarie locali;
- con riferimento alla nota trasmessa dalla ASL Lecce, acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026, al fine di assicurare la correttezza del procedimento amministrativo avviato con determinazione dirigenziale n. 58/2025, occorre considerare esclusivamente gli ambiti carenti oggetto di pubblicazione con la predetta determinazione n. 58/2025, non assegnati secondo quanto comunicato dagli uffici aziendali.

**Verifica ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 e del D.Lgs. 196/03****Garanzie alla riservatezza**

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D. lgs. n. 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

**Valutazione di impatto di genere**

La presente determinazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere ai sensi della DGR n. 1295 del 26/09/2024.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto*
- indiretto*
- neutro*
- non rilevato*

**Adempimenti contabili ai sensi del D. Lgs. n. 118/2011 e ss. mm. e ii.**

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per cui i debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione ed è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio regionale.

**DETERMINA**

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

Di prendere atto di quanto riportato dalla Aziende sanitarie locali circa la mancata assegnazione delle zone carenti di cui alla determinazione dirigenziale n. 58 del 19/12/2025, così come rettificata dalla determinazione dirigenziale n. 75 del 29/12/2025 e dalla determinazione dirigenziale n. 8 del 9/01/2026.

Di approvare l'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante le zone carenti non assegnate dalle Aziende sanitarie locali attraverso le procedure di cui agli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN di medicina generale, secondo quanto certificato dai competenti uffici aziendali.

Di approvare l'allegato B, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante l'avviso pubblico ai sensi dell'art. 34 dell'ACN di medicina generale.

Di approvare l'allegato B1, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante la modulistica per la presentazione delle domande di assegnazione degli incarichi vacanti.

Di approvare l'allegato B2, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Di stabilire, secondo quanto affermato dalla determinazione dirigenziale n. 58 del 19/12/2025, che il medico che ha accettato una zona carente nel corso del 2025 non può partecipare all'assegnazione degli incarichi di cui alla presente procedura, avviata nel 2025.

Di stabilire, secondo quanto affermato dalla determinazione dirigenziale n. 58 del 19/12/2025, che i medici

che hanno accettano l'incarico all'esito dei subprocedimenti di cui agli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9, non possono partecipare al presente subprocedimento ex art. 34 dell'ACN.

Di notificare il presente provvedimento alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL.

Il presente provvedimento:

- a) è unicamente formato con mezzi informatici e firmato digitalmente;
- b) è stato elaborato attraverso la piattaforma CIFRA2, composto da pagine tutte progressivamente numerate, firmato digitalmente e adottato in unico originale;
- c) sarà pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Provvedimenti dirigenti" del sito [www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it);
- d) sarà pubblicato sul Burp, ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n. 18.

#### ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
ALLEGATO A ambiti carenti non assegnati.pdf - 3c2d417fa14807d5f3ad630c275db790f52bce5e4719d1a552673028b44ff4f8
ALLEGATO B - avviso.pdf - 5e2a34f556e9c6b8bb3dab0b3d8b8fccf1c03834915828b2fb91c92199ec7c99
allegato b1.pdf - 8e366b4c8aa3f0c52c10258bb445c33da00d63035c817ab2034c4aa84eb7d3ee
allegato b2.pdf - 84d15b769b49e8d5b55876f007e0dfcfd27fa0a10ba91692d4b116759dc7d51

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Come Proposta: Codice Cifra 212/DIR/2026/00060

Sottoscrittori Proposta:

- Responsabile EQ Gestione e Monitoraggio degli Accordi Contrattuali rinvenienti dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.  
Emanuele Carbonara
- Istruttore Proposta e Responsabile Pubblicazione  
Cosimo Grieco

Firmato digitalmente da:

Il Dirigente della Sezione Programmazione e monitoraggio Assistenza Sanitaria e  
Medicina convezionata  
Antonella Caroli

## ALLEGATO A

**AMBITI CARENTI ex D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026  
NON ASSEGNATI**

ASL BARI		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
Corato	3	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Ruvo di Puglia	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Terlizzi	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Bitonto-Palombaio	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Santeramo in Colle	3	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Bari-Municipio 1	1 (Zona Sant'Anna)	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026 nota acquisita a prot. n. 0061542 del 05/02/2026
Bari-Municipio 3	3 (di cui n.1 Villaggio del Lavoratore e n. 1 San Girolamo)	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026 nota acquisita a prot. n. 0061542 del 05/02/2027
Bari-Municipio 5	3	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026 nota acquisita a prot. n. 0061542 del 05/02/2028
Gioia del Colle	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Turi	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Putignano	2	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Locorotondo	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Alberobello	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Noci	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
Castellana Grotte	1	nota acquisita a prot. n. 0027742 del 20/01/2026
<b>TOTALE</b>	<b>24</b>	

ASL BRINDISI		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
Brindisi	6	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
San Vito dei Normanni	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Fasano	3	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Francavilla Fontana	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Ceglie Messapica	2	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Villa Castelli	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Carovigno	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
San Pancrazio Salentino	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
San Pietro Vernotico	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Torchiarolo	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Mesagne	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Latiano	2	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
Torre Santa Susanna	1	nota acquisita a prot. n. 0027394 del 20/01/2026
<b>TOTALE</b>	<b>22</b>	

ASL BT		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
Margherita di Savoia	1	nota acquisita a prot. n. 0049959 del 30/01/2026
Minervino Murge	1	nota acquisita a prot. n. 0049959 del 30/01/2026
<b>TOTALE</b>	<b>2</b>	

ASL FOGGIA		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
San Severo	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Torremaggiore	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Peschici	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Cerignola	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Carapelle	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Orta Nova	2	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Stornara	2	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Castelluccio dei Sauri	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Stornarella	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
Ordona	1	nota acquisita a prot. n. 0039631 del 26/01/2026
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	

ASL LECCE		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
Racale	1	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
Taviano	1	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
Taurisano	1	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
Specchia	1	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
Miggiano	1	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
Ugento	2	nota acquisita a prot. n. 0089521 del 19/02/2026
<b>TOTALE</b>	<b>7</b>	

ASL TARANTO		
Comune	Incarichi non assegnati rispetto a D.D. n. 58/2025 e D.D. n. 8/2026	Riferimento
Castellaneta (località Castellaneta Marina)	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Ginosa (località Marina di Ginosa)	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Ginosa	2	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Statte	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Taranto AFT 2 (Solito-Borgo)	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Taranto AFT 3 (Montegranaro-Solito)	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Taranto AFT 4 (Montegranaro-Salinella)	3	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Taranto AFT 5 (Tamburi-Paolo VI)	10	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Taranto AFT 6 (Solito-Borgo)	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Crispiano	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Carosino	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
1° Aggregazione (Monteiasi-Montemesola) zona Monteiasi	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Grottaglie	2	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
San Marzano di San Giuseppe	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Fragagnano	3	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Manduria	3	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
3° Aggregazione (Maruggio-Torricella) zona Maruggio	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
3° Aggregazione (Maruggio-Torricella) Zona Torricella	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
Sava	1	nota acquisita a prot. n. 0039412 del 26/01/2026
<b>TOTALE</b>	<b>36</b>	

**ALLEGATO B****Avviso pubblico ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (ambiti carenti ex determinazione dirigenziale n. 58 del 19.12.2025, residuali rispetto alle procedure ex art. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9 dell'ACN MMG)****MEDICI AVENTI TITOLO A PARTECIPARE**

Possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo il seguente ordine:

**a) Per trasferimento tra Aziende (interaziendale) - art. 34, comma 5 lettera a) ACN MMG,**

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione Puglia e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni.

Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionati ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico.

Si precisa che gli incarichi saranno conferiti nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria.

I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria, del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, già incaricati a tempo indeterminato al giorno della pubblicazione del presente avviso sul BURP, possono concorrere all'assegnazione solo ai sensi della presente lett. a).

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ed all'anzianità nei settori confluiti nel ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN del 28 aprile 2022 (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, comma 1 dell'ACN. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.

L'anzianità di servizio si calcola a partire dalla data di conferimento dell'incarico a tempo indeterminato fino alla data di scadenza per la presentazione delle domande di cui al presente avviso.

In casi di pari posizioni in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

**b) Per graduatoria- art. 34, comma 5- lettera b) ACN MMG,**

i medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2025 approvata con determinazione dirigenziale n. 553 del 27/11/2024 e pubblicata sul BURP *suppl.* n. 96 del 28/11/2024.

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- **Punteggio riportato nella graduatoria regionale di medicina generale** valevole per l'anno 2025, approvata con determinazione dirigenziale n. 553 del 27/11/2024 e pubblicata sul BURP *suppl.* n. 96 del 28/11/2025.
- **Punti 5** a coloro che, nell'ambito territoriale dichiarato carente per l'attività a ciclo di scelta per il quale concorrono, abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (15.02.2024) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- **Punti 20** ai medici residenti nell'ambito della Regione Puglia da almeno due anni antecedenti la scadenza per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (15.02.2024) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico. In caso di pari posizione in graduatoria, i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.  
Per l'assegnazione degli incarichi di cui alla presente lettera viene riservata una percentuale, calcolata a livello regionale, come di seguito indicato:
  - 1) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
  - 2) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

L'assegnazione avviene nel rispetto dei criteri di cui alla DGR n. 2453/2019.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domanda, incarichi spettanti ad una delle suddette riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra. Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi di cui alla presente lettera possono concorrere esclusivamente per una delle su indicate riserve, fatto salvo il disposto di cui al capoverso precedente, e devono dichiarare nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere. In caso di mancata indicazione della riserva, l'Azienda applica l'istituto del soccorso istruttorio, richiedendo la suddetta indicazione entro il termine perentorio di 10 giorni. Trascorso il suddetto termine perentorio, la mancata indicazione della riserva da parte dell'aspirante comporta l'esclusione della procedura.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva su indicate sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

**c) ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera c) ACN MMG,**

i medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (15/02/2024). non presenti nella graduatoria di cui alla lett. b). Tali medici partecipano autocertificando, al momento della presentazione della domanda per la partecipazione al presente avviso, il possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**d) ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera d) ACN MMG,**

i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente e che non abbiano già avuto modo di concorrere alla procedura in altro modo (parere Comitato di settore Regioni-sanità prot. n. 540/2025).

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

**e) ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera e) ACN MMG,**

i medici di cui all'articolo 9, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 a condizione esclusiva che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Puglia.

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

**f) ai sensi dell'art. 34, comma 5 – lettera f) ACN MMG,**

i medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (*Decreto Calabria*), a condizione esclusiva che stiano frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Puglia.

**Criteri di graduazione**

I medici sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Come previsto dall'art. 34 co. 13 dell'ACN, le Aziende, interpellano i medici di cui al comma 5 secondo il seguente ordine: lettera a), lettera b), sulla base delle percentuali di riserva summenzionate; lettere c), d), e) ed infine f), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito pubblicato, nell'Azienda, nella Regione e da ultimo fuori Regione.

**MODALITÀ E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE**

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo PEC entro 20 gg. (venti) dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza unica di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati sub lett. B1), indirizzandola alle Aziende Sanitarie Locali competenti.

- domanda per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. a);
- domanda per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. b);
- domanda per i medici in possesso del diploma di formazione specifica di medicina generale (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. c) e d);
- domanda per i medici frequentanti il CFSMG (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 5 lett. e) e f).

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

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.

Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto all'assolvimento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00, applicando ed annullando la marca da bollo sulla domanda scansionata.

La domanda deve essere inviata, esclusivamente a mezzo PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, ai seguenti indirizzi:

- a) [agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:agruconvenzioni.aslbari@pec.rupar.puglia.it)
- b) [protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)
- c) [Ufficio.convenzioni.aslbat@pec.rupar.puglia.it](mailto:Ufficio.convenzioni.aslbat@pec.rupar.puglia.it)
- d) [perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)
- e) [aslfg@mailcert.aslfg.it](mailto:aslfg@mailcert.aslfg.it)
- f) [area.personale@pec.asl.lecce.it](mailto:area.personale@pec.asl.lecce.it)

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE INCARICHI A RUOLO UNICO ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2025 AMBITO TERRITORIALE/COMUNE DI..." 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 23:59 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). È 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.

Alla domanda deve essere allegata, a pena di esclusione, fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

Nel caso in cui gli spazi individuali non dovessero risultare capienti, il candidato potrà utilizzare fogli aggiuntivi alla domanda nel rispetto dello schema riportato nel format.

Di conseguenza, tutte le domande che riportano tale elemento aggiuntivo sono da considerarsi ammissibili.

Ai sensi dell'art. 34 comma 23 dell'ACN, la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica dovrà essere presentata all'atto dell'assegnazione dell'incarico, ai fini della valutazione di eventuali incompatibilità. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art. 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso. La relativa modulistica allegata al presente avviso *sub* lett. B2) dovrà essere consegnata dal candidato all'Azienda in sede di convocazione per l'assegnazione.

#### CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Il Direttore Generale dell'Azienda interessata, ricevuti gli atti di accettazione, conferisce gli incarichi a tempo indeterminato a ruolo unico di assistenza primaria ai medici di cui alle graduatorie relative alle lettere a), b), c) e d) e gli incarichi temporanei di ruolo di assistenza primaria ai medici di cui alle graduatorie relative alle lettere e) e f), ai sensi dell'art. 33, comma 4 dell'ACN, alle condizioni di seguito indicate.

##### Incarichi a tempo indeterminato

L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato è conferito in una sola Azienda e comporta il contestuale svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività orariapari a 38 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività oraria rispetto alla variazione delle scelte in carico fino al massimale di 1500 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito riportato:

Carico Assistiti	Attività oraria obbligatoria
dal conferimento dell'incarico fino a 400	38 ore
da 401 a 1.000	24 ore
da 1.001 a 1.200	12 ore
Da 1.201 a 1.500	6 ore

##### Incarichi temporanei

Per il concomitante periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale, in attuazione di quanto disposto dall'art. 12, comma 3-bis, lettera b), del D.L. 24 marzo 2022, n. 24,

convertito con modificazioni dalla L.19 maggio 2022, n. 52, l'incarico temporaneo di ruolo unico di assistenza primaria comporta il contestuale svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 24 ore settimanali, con progressiva modulazione dell'attività oraria rispetto alla variazione delle scelte in carico fino al massimale di 1.000 assistiti. La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito riportata:

Carico Assistiti	Attività obbligatoria	oraria
dal conferimento dell'incarico fino a 650	24 ore	
da 651 a 1.000	12 ore	

Il Direttore Generale, ai sensi e nel rispetto della normativa legislativa e contrattuale di riferimento, con decorrenza dalla data del conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa presentazione dell'autocertificazione del titolo da parte del medico stesso, conferisce al medico titolare di incarico temporaneo, l'incarico a tempo indeterminato nell'ambito del ruolo unico di assistenza primaria. Il Direttore Generale integra le attività orarie e a ciclo di scelta secondo quanto previsto dall'articolo 38, comma 1.

Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di propria frequenza, fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'art. 24, comma 5 e 6 del D.lgs 17 agosto 1999, n. 368, comporta la decadenza dell'incarico.

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

- ASL BA: 8 giugno 2026
- ASL BR: 9 giugno 2026
- ASL BT: 10 giugno 2026
- ASL FG: 11 giugno 2026
- ASL LE: 12 giugno 2026
- ASL TA: 15 giugno 2026

Le Aziende, provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di 15 giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all'art. 34 dell'ACN.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno, ai sensi dell'art.34 co.21 dell'ACN.

Il presente avviso costituisce oggetto del subprocedimento avviato con determinazione dirigenziale n. 58 del 19 dicembre 2025, relativa alla riproposizione degli incarichi non assegnati a seguito della pubblicazione delle zone carenti 2025. Ne deriva, come disposto dalla suddetta determinazione dirigenziale n. 58/2025, che il medico che ha accettato una zona carente nel corso del 2025 non può partecipare all'assegnazione degli incarichi di cui alla presente procedura, avviata nel 2025. Inoltre, come

disposto dalla medesima determinazione dirigenziale n. 58/2025, i medici che hanno accettato l'incarico all'esito dei subprocedimenti di cui agli artt. 31 comma 3, 32 comma 8 e 32 comma 9, non possono partecipare al presente subprocedimento ex art. 34 dell'ACN.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Ai sensi della norma transitoria n. 4 dell'ACN MMG *"Il medico del ruolo unico di assistenza primaria già titolare di incarico a ciclo di scelta e ad attività oraria all'entrata in vigore del presente Accordo, in caso di accettazione del trasferimento ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a) decade da tutti gli incarichi in essere, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 34, comma 20."*

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione.

#### **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016**

- 1) Ai sensi e per gli effetti dell'art. 71 comma 1 d.d.p. 445/2000, il Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, per il tramite della competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta e Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestione Rapporti Convenzionali, in quanto amministrazione procedente, si riserva la possibilità di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante in autocertificazione, con l'adozione degli adempimenti consequenziali in caso di dichiarazioni non veritiere.
- 2) Il trattamento dei dati relativi ai candidati sarà effettuato dagli uffici regionali competenti esclusivamente per le finalità previste dal presente avviso, nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.
- 3) Il presente avviso verrà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, oltre che sul sito web istituzionale della Regione Puglia ([www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)).
- 4) Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, la Regione Puglia, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

#### **5) Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Puglia, Lungomare N. Sauro, 33 - 70100 – Bari.

#### **6) Il Responsabile della protezione dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 37, comma 7, del RGDP si forniscono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), al quale è possibile rivolgersi per esercitare i citati diritti, secondo le modalità di cui all'art. 12 RGDP, e/o per eventuali chiarimenti in materia di protezione dei dati personali,

dott.ssa Rossella Caccavo

email: [rpdp@regione.puglia.it](mailto:rpdp@regione.puglia.it)

PEC: [sezaffariistituzionaligiuridici@pec.rupar.puglia.it](mailto:sezaffariistituzionaligiuridici@pec.rupar.puglia.it)

#### **7) Modalità di trattamento e Responsabili del trattamento di protezione dei dati personali.**

I Suoi dati personali saranno trattati, sia in forma cartacea che in formato digitale, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative volte ad assicurare adeguati livelli di sicurezza. I Suoi dati personali saranno trattati da personale interno previamente autorizzato ed adeguatamente formato. L'Ente può altresì avvalersi per il trattamento dei suddetti dati di soggetti terzi, i quali assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

#### **8) Finalità del trattamento**

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. e), non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati esclusivamente per l'espletamento del procedimento di selezione di cui al presente avviso.

Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente agli organi preposti allo svolgimento della medesima procedura.

I suoi dati personali non saranno comunque trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

#### **9) Conservazione dei dati personali**

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso - da instaurare o cessati - anche con riferimento ai dati che Lei fornisca di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultino eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

#### **10) I diritti dell'interessato**

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

#### **11) Conferimento dei dati**

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento della presente procedura selettiva.

Il mancato conferimento dei suddetti dati comporterà l'impossibilità di partecipare alla graduatoria regionale, valevole per l'anno 2026, dei di medicina generale.

ALLEGATO B1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ PEC (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA (ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria:

a ciclo di scelta:

presso l'Azienda ASL di \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ indicando eventuali periodi di sospensione dall'incarico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria  
a ciclo di scelta:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
5. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria:  
 ad attività oraria  
presso l'Azienda ASL di \_\_\_\_\_ sede \_\_\_\_\_ della Regione  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ indicando eventuali periodi di sospensione dall'incarico dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
6. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria  
ad attività oraria:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i e del  
Regolamento UE n. 2016/679.

**Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della DPR 445/2000) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 5, lettera a), ACN 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)

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **(firma autenticata\*)** \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)

MARCA DA BOLLO €16

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 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ PEC (campo  
obbligatorio) \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2025 al  
posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BURP *suppl* n. 96 del 28/11/2024. .

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA ( ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o attività oraria;
4. di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_
5. precedenti residenze:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Regione \_\_\_\_\_;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Regione \_\_\_\_\_;

6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 34, commi 14, 15 e 16 ACN 04/04/2024 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella*):

- riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- riserva per medici in possesso del titolo equipollente;

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

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ (firma autenticata\*) \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA**  
(art. 34 co. 5 lett. c, Vigente ACN)

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
PEC (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della  
Regione \_\_\_\_\_.

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA ( ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
3. di aver acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
4. di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

**Allega alla presente:**

1. certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva
2. Attestato di formazione specifica in medicina generale.

**Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:**

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ (firma autenticata\*) \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA  
(art. 34 co. 5 lett. d, Vigente ACN)

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
PEC (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della  
Regione \_\_\_\_\_.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

DICHIARA ( ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)

1. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
3. di aver acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
4. di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679

Allega alla presente:

3. certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva
4. Attestato di formazione specifica in medicina generale.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ (firma autenticata\*) \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA**

*(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Puglia di cui all'articolo 9, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 60 (Decreto Semplificazioni))*

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

PEC (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

**DICHIARA ( ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)**

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
- di frequentare il \_\_\_\_\_ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica di medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso la Regione Puglia iniziato in data \_\_\_\_\_;
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

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

**Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:**

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **(firma autenticata\*)** \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA**

*(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Puglia di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60)*

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

PEC (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lett. f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale per l'assegnazione degli ambiti carenti del ruolo unico di assistenza primaria, pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			7		
2			8		
3			9		
4			10		
5			11		
6			12		

**DICHIARA ( ai sensi degli artt. 46 e 47 della DPR 445/2000)**

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all' Ordine dei medici di \_\_\_\_\_;
- di frequentare il \_\_\_\_\_ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica di medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso la Regione Puglia iniziato in data \_\_\_\_\_;
- di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e s.m.i e del Regolamento UE n. 2016/679.

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

**Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:**

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **(firma autenticata\*)** \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata, a pena esclusione, la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità.**

ALLEGATO B2

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)  
art.47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e

agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 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 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 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 \_\_\_\_\_

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 assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica), 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 \_\_\_\_\_

21) essere/non essere 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 fotocopia del documento di identità.**