

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposita graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica dell'AREA VASTA n. 5 - Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

In esecuzione della Determina n.874/AV5 del 28.07.2014,

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta procederà al conferimento di incarichi provvisori trimestrali (eventualmente rinnovabili) nel Servizio di Continuità Assistenziale, per n. 24 ore settimanali, presso i punti di guardia dell'Area Vasta n. 5 - Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto e in quello di Guardia Medica Turistica.

Gli aspiranti interessati dovranno inoltrare apposita domanda, redatta esclusivamente secondo il modello allegato al presente avviso munita della copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità, entro e non oltre il giorno 22.08.2014 (pena l'esclusione dagli incarichi medesimi), al seguente indirizzo:

ASUR AREA VASTA N. 5
Direzione Amministrativa Territoriale
Settore Convenzione Medici
Via degli Iris
63100 Ascoli Piceno

Saranno considerate valide solo le domande presentate direttamente, in orario di servizio, all'Ufficio Protocollo della Sede Amministrativa dell'Area Vasta n. 5 - Via degli Iris - 63100 Ascoli Piceno, quelle spedite tramite raccomandata con avviso di ricevimento o tramite posta certificata (PEC) all'indirizzo: areavasta5.asur@emarche.it.

Per quelle inviate a mezzo servizio postale, la data di spedizione sarà comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

Non saranno comunque ammessi all'avviso i candidati le cui istanze, sebbene spedite entro il termine sopra indicato, perverranno all'Ufficio Protocollo con un ritardo superiore a 5 giorni.

Non verranno prese in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate e non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni sostitutive e/o di servizio compilate in modo illeggibile o generico e non firmate.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la mancata attribuzione dei relativi punteggi.

Le domande degli aspiranti agli incarichi verranno graduate secondo la norma finale n. 9 dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) di cui alla D.G.R.M. n. 751 del 02.07.2007 integrata con la D.G.R.M. n. 268 del 09.02.2010 come di seguito specificato:

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche <i>(art. 15, c. 12 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di Specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. <i>(norma fin.2 c.2)</i>	Residenti nell'Area Vasta n. 5	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009).
		Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009).
		Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009).
2	Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale <i>(art. 15, c. 12 - norma trans. 4 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di specializzazione <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n. 5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n. 5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 <i>(norma fin. 5 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n. 5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo criteri previsti dall'art.16 dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento
5a	Medici iscritti al corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n. 5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea

5b	Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin.2 c.4)	Residenti nell'Area Vasta n. 5 (lett. a)	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche (lett. b)	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
6	Medici residenti fuori Regione - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2 c.4)	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe.	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

N.B. : Per tutte le categorie verrà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.

Le attività non previste espressamente nell'art. 16 dell'A.C.N. MMG del 29.07.2009 non possono e non verranno valutate, così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

Il possesso dei titoli accademici e di studio sarà valutato alla data di scadenza del presente bando e gli stessi possono essere prodotti con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;

Per i titoli di servizio, saranno valutati quelli svolti fino a **tutto il mese antecedente la pubblicazione** del presente Avviso Pubblico e gli stessi possono essere prodotti con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale.

La graduatoria redatta a seguito della procedura selettiva oggetto del presente bando e ogni altra comunicazione verrà pubblicata, a valere come notifica per gli interessati, sui siti Web dell'Area Vasta n. 5 (<http://asurzona12.marche.it> e <http://asurzona13.marche.it>).

I medici che accetteranno l'incarico saranno tenuti a svolgere i turni assegnati, **pena la decadenza dall'incarico e la cancellazione dalla graduatoria**. Nel caso di temporanea indisponibilità da parte del medico incaricato, l'Amministrazione e/o il Coordinatore di Sede procederà alla redistribuzione dello stesso agli altri medici incaricati.

L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato al medico avente diritto. L'eventuale rinuncia all'incarico dovrà essere comunicata per iscritto con un preavviso di 30 giorni.

I medici incaricati, dei quali sia accertata una posizione d'incompatibilità ai sensi dell'art.17 dell'A.C.N vigente, decadranno direttamente dall'incarico e verranno cancellati dalla graduatoria.

Qualora il medico receda dall'incarico prima della scadenza formalizzata, perdurando la carenza dell'incarico, l'Amministrazione ha la facoltà di procedere allo scorrimento della graduatoria.

Per eventuali informazioni e chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al seguente numero tel.: 0736-358056

La Direzione dell'Area Vasta n. 5 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, previa comunicazione agli interessati.

Ascoli Piceno, li 07.08.2014

Il Direttore di Area Vasta n. 5

f.to (dott. Massimo Del Moro)

Il presente bando è stato pubblicato all'Albo Ufficiale dell'Area Vasta n. 5 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto in data 07.08.2014 nonché sul sito www.asurcureuvasta5.marche.it - sezione Ascoli Piceno (<http://asurzonat5.marche.it>) oppure San Benedetto del Tronto (<http://asur-uma12.marche.it>) - portale intranet. La scadenza per la presentazione della domanda è fissata al 22.08.2014.

All'ASUR Marche - Area Vasta n. 5
 Direzione Amministrativa Territoriale
 Settore Medici Convenzionati
 Via Degli Iris
 63100 ASCOLI PICENO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. (_____) il _____ / _____ / _____ e residente a _____ Prov. (_____)

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Cod. Fiscale: _____ rec. telefonico _____

CHIEDE

Di essere inserito, ai sensi dell'art. 70 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, nella graduatoria per l'assegnazione di incarichi provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica presso l'Area Vasta n. 5.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie di seguito riportate corrispondono al vero e di appartenere alla categoria di cui al punto: *(barrare la casella che interessa)*

- 1) Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche vigente al momento dell'assegnazione degli incarichi (art. 15, c.12 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2,c.2 nuovo AIR e s.m.i); **Punti graduatoria _____**;
- 2) Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 2,c.4 nuovo AIR e s.m.i);
- 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2,c.4 nuovo AIR e s.m.i);
- 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2, c.4 nuovo AIR e s.m.i);
- 5 a) Medici iscritti al corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin.2,c.4 nuovo AIR e s.m.i).
** (Solo medici ammessi al corso mediante concorso e con borsa di studio);*
- 5 b) Medici iscritti a scuole di specializzazione - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 2, c.4 nuovo AIR e s.m.i).
- 6) Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. con priorità per residenti in regioni limitrofe (norma fin. 9, c.4 nuovo AIR e s.m.i).
** (I medici appartenenti alla predetta categoria, per poter essere graduati, devono barrare anche la casella che interessa dei punti precedenti);*

Dichiara inoltre:

di essere / non essere cittadino italiano

se non italiano indicare Stato di provenienza: _____

permesso di soggiorno rilasciato il _____ con scadenza _____

di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettere a)-b)-c)-d)-e) e comma 2, lettere a)-b)-c)-d)-f) del vigente ACN della MG.

Si allega: mod. A

mod. B (da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla Cat. 4)

data _____ / _____ / _____

firma per esteso _____

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'ex D. Lgs 196/03 e successive modifiche, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

data _____ / _____ / _____

firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 DPR n.445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, prov. _____, il _____
 consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi
 (art.46 - DPR 445 del 28/12/2000)

dichiara di essere in possesso di:

<u>Diploma di laurea in medicina e chirurgia:</u>	
conseguito presso l'Università di _____	
in data ____/____/____	con voto ____/110 <input type="checkbox"/> Lode
<u>Abilitazione all'esercizio professionale:</u>	
conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____	
<u>Iscrizione all'Ordine dei Medici:</u>	
di _____ dal ____/____/____	
<u>Specializzazione o Libera Docenza in Medicina Generale o discipline equipollenti:</u>	
a) _____	conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
b) _____	conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
<u>Specializzazione o Libera Docenza nelle discipline affini alla medicina generale:</u>	
a) _____	conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
b) _____	conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
<u>Attestato di formazione di medicina generale (Dlgs n.256/91, 368/99, 227/03):</u>	
conseguito in data ____/____/____ presso _____	
data inizio corso ____/____/____	data fine corso ____/____/____

data ____/____/____

firma per esteso _____
 (non soggetta ad autenticazione)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art.47 DPR n.445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, prov. _____, il _____
 Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art.46—
 DPR 445 del 28/12/2000)

dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

a) attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1 del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo:

dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____

b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi(le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c); per ciascun mese complessivo:

dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____
dal	___/___/___	al	___/___/___	ASL/ZONA	_____

c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di continuità assistenziale in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività.(Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

Anno: _____ Z.T. o A.S.L.: _____

Gennaio	dal	___	al	___	ore	___	Luglio	dal	___	al	___	ore	___
Febbraio	dal	___	al	___	ore	___	Agosto	dal	___	al	___	ore	___
Marzo	dal	___	al	___	ore	___	Settembre	dal	___	al	___	ore	___
Aprile	dal	___	al	___	ore	___	Ottobre	dal	___	al	___	ore	___
Maggio	dal	___	al	___	ore	___	Novembre	dal	___	al	___	ore	___
Giugno	dal	___	al	___	ore	___	Dicembre	dal	___	al	___	ore	___

Anno: _____ Z.T. o A.S.L.: _____

Gennaio	dal	___	al	___	ore	___	Luglio	dal	___	al	___	ore	___
Febbraio	dal	___	al	___	ore	___	Agosto	dal	___	al	___	ore	___
Marzo	dal	___	al	___	ore	___	Settembre	dal	___	al	___	ore	___
Aprile	dal	___	al	___	ore	___	Ottobre	dal	___	al	___	ore	___
Maggio	dal	___	al	___	ore	___	Novembre	dal	___	al	___	ore	___
Giugno	dal	___	al	___	ore	___	Dicembre	dal	___	al	___	ore	___



Anno: _____

Z.T. o A.S.L.: _____

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

- c1) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____

- c2) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

- c3) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

- d) attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale **in forma di reperibilità**, ai sensi del presente accordo: per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ore _____	ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

- e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ogni mese di attività:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____

- f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____
---------------------------	--------------------------	----------------

- f1) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico: per ciascun mese:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____
---------------------------	--------------------------	----------------

- g) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:

dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____
dal _____ / _____ / _____	al _____ / _____ / _____	ASL/ZONA _____

g) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico: per ciascun mese:

dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____

h) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ogni mese di attività:

dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____

i) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese:

dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____

l) attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo: per ogni mese di attività:

dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____

m) servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.323), equiparato all'attività di continuità assistenziale: per ogni mese di attività:

dal / / al / / ASL/ZONA _____
dal / / al / / ASL/ZONA _____

n) servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ogni mese di attività:

dal / / al / / presso _____
dal / / al / / presso _____

data / /

firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

Il presente modello è a titolo esemplificativo: ove non fossero sufficienti gli spazi per indicare i servizi svolti, aggiungere ulteriori fogli indicando i punti (lettere) relative ai servizi da dichiarare.