



REGIONE CALABRIA

**DOMANDA ANNUALE  
NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA  
VALIDA PER L'ANNO 2020**

INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

MARCA DA BOLLO  
EURO 16,00

**REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE  
SETTORE N.3  
CITTADELLA REGIONALE  
LOCALITA' GERMANETO  
88100 CATANZARO**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'inserimento o l'integrazione dei titoli nella graduatoria regionale dei medici Pediatri di Libera Scelta valida per l'anno 2020, sulla base dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale del 21/06/2018.**

ACCLUDE:

- AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (ALLEGATA ALLA PRESENTE)
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO NOTORIO
- **fotocopia di un documento in corso di validità firmato**

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46,47 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA

#### DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

**- Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, per ciascun mese complessivo: p. 1,10**

indeterminato     determinato    INDIRIZZO ENTE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Gennaio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Febbraio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Marzo    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Aprile    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Maggio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Giugno    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Luglio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Agosto    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Settembre    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Ottobre    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Novembre    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Dicembre    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

**- Attività di sostituzione per attività sindacale (1,10 per mese di attività- il mese corrisponde a 96 ore)**

ASP \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Gennaio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Febbraio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Marzo    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Aprile    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Maggio    dal \_\_\_\_\_    al \_\_\_\_\_    ore \_\_\_\_\_

Giugno dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Luglio dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Agosto dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Settembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Ottobre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Novembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Dicembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

**- Attività professionale DI SPECIALISTA PEDIATRA svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplata in altri punti (0.05 punti per mese di attività)**

indeterminato  determinato ENTE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Gennaio dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Febbraio dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Marzo dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Aprile dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Maggio dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Giugno dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Luglio dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Agosto dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Settembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Ottobre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Novembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

Dicembre dal\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_

- Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria, per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10**

ASP \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Gennaio	dal_____	al _____	ore_____
Febbraio	dal_____	al _____	ore_____
Marzo	dal_____	al _____	ore_____
Aprile	dal_____	al _____	ore_____
Maggio	dal_____	al _____	ore_____
Giugno	dal_____	al _____	ore_____
Luglio	dal_____	al _____	ore_____
Agosto	dal_____	al _____	ore_____
Settembre	dal_____	al _____	ore_____
Ottobre	dal_____	al _____	ore_____
Novembre	dal_____	al _____	ore_____
Dicembre	dal_____	al _____	ore_____

**- Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10**

ASP\_\_\_\_\_ ANNO\_\_\_\_\_

Gennaio	dal_____	al _____	ore_____
Febbraio	dal_____	al _____	ore_____
Marzo	dal_____	al _____	ore_____
Aprile	dal_____	al _____	ore_____
Maggio	dal_____	al _____	ore_____
Giugno	dal_____	al _____	ore_____
Luglio	dal_____	al _____	ore_____
Agosto	dal_____	al _____	ore_____
Settembre	dal_____	al _____	ore_____
Ottobre	dal_____	al _____	ore_____
Novembre	dal_____	al _____	ore_____
Dicembre	dal_____	al _____	ore_____

- **Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430, per ciascun mese complessivo: p. 0,10**

**ENTE** \_\_\_\_\_ **ANNO** \_\_\_\_\_

Gennaio	dal_____	al _____	ore_____
Febbraio	dal_____	al _____	ore_____
Marzo	dal_____	al _____	ore_____
Aprile	dal_____	al _____	ore_____
Maggio	dal_____	al _____	ore_____
Giugno	dal_____	al _____	ore_____
Luglio	dal_____	al _____	ore_____
Agosto	dal_____	al _____	ore_____
Settembre	dal_____	al _____	ore_____
Ottobre	dal_____	al _____	ore_____
Novembre	dal_____	al _____	ore_____
Dicembre	dal_____	al _____	ore_____

- Servizio di leva militare (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento della laurea in medicina (per ciascun mese 0,05)

**ENTE** \_\_\_\_\_ **ANNO** \_\_\_\_\_

Gennaio	dal_____	al _____	ore_____
Febbraio	dal_____	al _____	ore_____
Marzo	dal_____	al _____	ore_____
Aprile	dal_____	al _____	ore_____
Maggio	dal_____	al _____	ore_____
Giugno	dal_____	al _____	ore_____

Luglio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Agosto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Settembre dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Ottobre dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Novembre dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Dicembre dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )

**Luogo e data ..... ( 2 ) Firma del dichiarante.....**

( 1 ) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento eniaino sulla base della dichiarazione non veriiiera.( 2 ) Ai sensi dell'art. 2 - coniatia 11- della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. **Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.** Ai sensi dell'ari. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

2. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo :
3. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
4. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria; I. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ;
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione informa intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

**\* inserire il nome del medico sostituito**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
- AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

Ai fini della valutazione dei titoli ai sensi dell'ACN-MMG del 21/06/2018,

**DICHIARA**

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università

di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (4,00 punti)

conseguita il.....presso..... con voto.....

**Specializzazione in discipline affini alla pediatria** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni

(2,00 punti)

conseguita il.....presso.....

**Specializzazione in discipline diverse da quelle equipollenti o affini** (0,20 punti)

In..... Conseguita il .....presso.....

Di possedere conoscenza della **lingua inglese** documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguita il.....presso.....(p. 0,50)  
[ALLEGARE EVENTUALE COPIA]

Di possedere conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della **Patente europea** per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il ..... presso..... (p. 0,25)  
[ALLEGARE EVENTUALE COPIA]

**Data**.....

**Firma del dichiarante**.....

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )**

Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

**( Non soggetta ad autenticazione )**

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

essere 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 (1).

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di

lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere 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 (1).

---

essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria 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 .....

non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

---

essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo

Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte; Periodo dal

\_\_\_\_\_

non essere titolare d'incarico come medico pediatra di libera scelta

---

essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato

interno  a tempo indeterminato  a tempo o a tempo

determinato:(1)

Azienda :.....branca.....ore sett.....

Azienda:.....branca.....ore sett.....

non essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno



---

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (1)

Provincia ..... branca..... Periodo: dal.....

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

---

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo

n.502/92: Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

---

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

---

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

---

essere iscritto 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 \_\_\_\_\_

non essere iscritto 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:

---

operare 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.

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

non operare 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.

---

operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

---

svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

---

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito

territoriale del quale può acquisire scelte: (1) Azienda \_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

---

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case

di cura private e industrie farmaceutiche: (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche.

---

essere 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

non essere 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.

---

fruire 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 \_\_\_\_\_

non fruire 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.

---

svolgere 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 \_\_\_\_\_

non svolgere 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) \_\_\_\_\_

---

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato

---

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) \_\_\_\_\_

non svolgere 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)  
\_\_\_\_\_

---

operare 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 \_\_\_\_\_

non operare 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):

---

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di trattamento di pensione.

---

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente : (1) soggetto erogante il trattamento

pensionistico.....

Pensionato dal .....

NOTE.....

Non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente.

---

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede,

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".