



*Regione Siciliana*

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2019**

marca da bollo  
€ 16,00

**All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. – Dipendente e  
Convenzionato"  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_

– prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dalla Norma Transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/03/2018 (ratificato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 21/06/2018)

**CHIEDE**

di essere inserito nella Graduatoria Regionale, valida per l'anno **2019**, relativa al settore di:

- Assistenza primaria**
  - Continuità Assistenziale**
  - Emergenza Sanitaria Territoriale**
- ( barrare una o più caselle \*)

**ACCLUDE**

N°.....dichiarazioni sostitutive di certificazione ( **obbligatoria , pena l'esclusione** )

N°.....dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

1 copia fotostatica di un documento di identità ( **obbligatoria , pena l'esclusione, in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni** )

( 1) Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....

# Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2019

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

### AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

C. F.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di..... dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data ( gg/mm/a).....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso delle specializzazioni o libere docenze:  
(1)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il..... presso....., corso svolto dal.....al..... (indicare gg/mm/aa )  
  
(2)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il..... presso....., corso svolto dal.....al..... (indicare gg/mm/aa )
6.  di essere  di non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito entro il 31/12/2017 presso la regione..... data inizio corso ( gg/mm/a) ..... data fine corso ( gg/mm/a) ..... ( specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione)  
indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia l'indirizzo dell' ufficio che detiene gli atti deliberativi :  
indirizzo.....n. tel.....
7.  di essere  di non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 15/09/2018 presso la regione..... data inizio corso ( gg/mm/a)..... data fine corso ( gg/mm/a)..... ( specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione)  
indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia l'indirizzo dell' ufficio che detiene gli atti deliberativi :  
indirizzo.....n.tel.....

8.  di essere  di non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciata dall'Azienda Sanitaria Provinciale n° .....di..... in data ( gg.mm.aa) .....
9.  di essere  di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
10.  di essere  di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di ..... della Regione ..... dal .....
11.  di essere  di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di ..... della Regione ..... dal.....
12.  di essere  di non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione ..... dal .....
- indicare, in caso di corso svolto al di fuori della Regione Sicilia ,l'indirizzo dell' ufficio che possa confermarne a richiesta la frequenza:**  
 indirizzo.....n. tel.....
13.  di essere  di non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di ..... dal.....  
 (indicare gg/mm/aa ).

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

Data.....

Firma del dichiarante ( 2 ) .....  
 ( non soggetta ad autenticazione )

( 1 ) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

**(2) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda**

# Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2019

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....  
C. F.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio, e di non aver svolto le seguenti attività durante i periodi formativi.**

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### DICHIARA

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

##### 1. Attività di medico di Assistenza Primaria ( 0,30 punti per mese se svolta nella regione Sicilia)

convenzionato a tempo indeterminato

a tempo determinato ( incarico provvisorio ai sensi dell'art. 38 dell'A.C.N.)

presso

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

##### 2. Attività di medico di Assistenza Primaria (0,20 punti per mese se svolta fuori dalla regione Sicilia)

convenzionato a tempo indeterminato

a tempo determinato

presso:

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

indirizzo(\*).....n. tel.....

(\*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

##### 3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi ( 0.20 punti per mese di attività );

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

##### 4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore ai 5 gg. continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 5 ( 0.20 punti per mese di attività );

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

## 5. Servizio effettivo nei servizi di Continuità Assistenziale con incarico

- a tempo indeterminato
- a tempo indeterminato ai sensi dell'art 73 comma 4 ACN del 29.07.09 e dell'art. 13 comma 4 dell'AIR di Continuità Assistenziale del 06.09.2010 ( medici inabili ai servizi di C.A. adibiti ad altre attività programmate territoriali ) dal\_\_\_\_\_ (\*)

- a tempo determinato / di sostituzione

( servizio svolto in forma attiva 0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);

(\*) indicare la data di decorrenza dell'assegnazione ad altre attività, a seguito di giudizio di inidoneità della competente Commissione di verifica.

- vedi allegato A per la compilazione -

## 6. Servizio effettivo nei servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale con incarico

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato / di sostituzione

( 0.20 punti per ogni mese di attività );

- vedi allegato A1 per la compilazione -

## 7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi ( 0.20 punti per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );

- vedi allegato A2 per la compilazione -

## 8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate ( 0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore );

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

## 9. Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità domiciliare ai sensi del presente accordo ( 0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );

Le ore di servizio svolte in forma attiva ancorchè derivanti da incarico di reperibilità domiciliare, dovranno essere indicate al punto 5.

- vedi allegato A3 per la compilazione -

## 10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. ( 0.20 punti per mese di attività );

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

## 11. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi (0.10 punti per mese di attività);

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....

- 12. Attività come 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 ai naviganti ( 0.05 punti per mese di attività );**

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

- 13. Servizio Militare di Leva o sostitutivo nel Servizio Civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina, anche in qualità di Ufficiale medico di complemento ( 0.10 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi )**

dal.....al.....distretto militare di .....

indirizzo(\*).....n. tel.....

(\*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

- 14. Servizio Militare di Leva o sostitutivo nel Servizio Civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina, anche in qualità di Ufficiale medico di complemento, in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di Medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza ( 0.20 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)**

dal.....al.....distretto militare di .....

Indirizzo(\*).....n. tel.....

(\*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

- 15. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia (0.10 punti per mese fino a un massimo di 12 mesi) solo se prestato ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 64 istitutiva del “servizio civile nazionale”**

dal.....al.....presso.....

indirizzo(\*).....n. tel.....

(\*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

- 16. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo (0.20 punti per mese fino a un massimo di 12 mesi)**

solo se prestato ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 64 istitutiva del “servizio civile nazionale”

dal.....al.....presso.....

indirizzo (\*).....n. tel.....

(\*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

- 17. Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n° 323 art. 8), equiparato all'attività di Continuità Assistenziale ( \*) (0.20 punti per mese di attività)**

dal.....al.....Stabilimento Termale .....

Loc.....Indirizzo .....

dal.....al.....Stabilimento Termale .....

Loc.....Indirizzo.....

(\*) certificare solo il servizio prestato presso aziende termali accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.

**18. Servizio effettivo di Medico di Assistenza Primaria, di 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 e del Decreto Ministeriale 1° settembre 1988 n° 430 (\*) (0.20 punti per mese di attività)**

dal.....al.....presso .....  
dal.....al.....presso.....

(\*) il servizio deve essere attestato con certificati in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento ( art. 124, comma 2 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento

**19. Attività di medico addetto all'Assistenza Sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione (0.20 punti per mese di attività rapportato a 96 ore)**

mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....
mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....
mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....
mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....
mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....
mese/anno..... Ore .....	mese/anno..... Ore .....

presso :.....  
indirizzo(\*)..... n. tel.....

(\*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

**20. Servizio di Ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (0.20 punti per mese)**

dal ..... al .....Distretto militare di .....  
indirizzo.....n. tel.....

**21. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale ( 0.20 punti per mese fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento; tale punteggio è elevato a 0.30 al mese se l'astensione è concomitante ad incarico di Assistenza Primaria a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento ).**

Periodo di astensione obbligatoria : dal.....al..... ( indicare gg/mm/aa)

Tipo di incarico:  a tempo Indeterminato ( decorrenza t. indeterm \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )  
 a tempo determinato ( dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

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

Data.....

Firma del dichiarante (2).....

( 1 ) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ". ( 2 ) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(2) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome ..... Nome.....  
 C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di Guardia Medica o di Continuità Assistenziale

Anno ..... A.S.P. n°..... Distretto di.....

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.....

**N.B. Occorre indicare mese per mese le ore di servizio effettivo ( art. 16 comma c)**

ALLEGATO "A1"

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale

Anno ..... A.S.P. n°..... Distretto di.....

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.....

**N.B. Occorre indicare mese per mese le ore di servizio effettivo ( art. 16 comma c1 )**

**Firma.....**

ALLEGATO "A2"

Dott. Cognome ..... Nome.....  
 C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi.

Anno .....	A.S.P. n°.....	Distretto di.....	
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.....

ALLEGATO "A3"

Attività programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità.

Anno .....	A.S.P. n°.....	Distretto di.....	
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.....

**Firma**.....

## AVVERTENZE GENERALI

**Ai sensi della Norma Transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, sancito con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni in data 21 giugno 2018, I medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valevole per il 2019, entro il 15 settembre 2018.**

**I medici che hanno già presentato domanda di iscrizione alla graduatoria regionale di medicina generale con riserva entro il 31/01/2018, non devono presentare nuovamente domanda ai sensi della citata norma transitoria ma, qualora non avessero ancora provveduto, devono trasmettere, a scioglimento della riserva, autocertificazione relativa all'avvenuto conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.**

La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017 e deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano **entro e non oltre il 15.09.2018** all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 1 “ Personale del S.S.R. Dipendente e Convenzionato” – Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità nel caso di mancato recapito della domanda né per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione stessa. Pertanto la ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'Ufficio protocollo dell'Assessorato se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda..

Ai sensi del DPR 445/00 e smi i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:

- a) per i titoli accademici e di studio, **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, come da modello allegato ( **debitamente sottoscritto e compilato in tutti i punti** );
- b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, come da modello allegato ( debitamente sottoscritto).

**Le dichiarazioni di cui ai precedenti punti dovranno essere spedite, a pena di esclusione, unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

### **ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA**

La mancanza dei requisiti di accesso, la mancata compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva di certificazione, la mancata trasmissione di una copia di un documento di identità comportano l'esclusione dalla graduatoria.

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici:– 091/ 7075782 – 091/7075837 - 091/ 7075566