



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASL n° 7 Carbonia

Adottata dal Direttore Generale in data 22 LUG. 2013 Deliberazione n. 1291

**Oggetto:** Avviso di Selezione interna, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico di coordinamento per Collaboratori professionali sanitari Fisioterapisti per l'Area territoriale dei distretti di Carbonia e Iglesias

Su proposta del Direttore della SC delle Professioni Sanitarie, il quale:

**PREMESSO CHE** con Delibera del Direttore Generale n. 1434 del 14.11.2008 è stato definito l'assetto organizzativo del Servizio delle Professioni sanitarie;

CHE con Delibera n. 1614 del 21.11.2012 sono state assegnate, secondo logiche e criteri di *clinical governance* e in stretta sintonia con la Direzione Sanitaria, le risorse umane appartenenti ai profili professionali delle classi di Laurea delle professioni infermieristiche e dell'ostetrica, delle professioni tecnico sanitarie, delle professioni della riabilitazione e delle professioni della prevenzione;

**DATO ATTO CHE** con Delibera n. 410/C del 28.03.2011 sono state attribuite le funzioni di Coordinamento per Collaboratori professionali sanitari Fisioterapisti per l'Area Territoriale dei Distretti di Carbonia e Iglesias al Collaboratore professionale sanitario Fisioterapista dott. Massimo Rossi;

CHE con Delibera n. 1633 del 28.11.2012 è stato conferito l'incarico di Responsabile di Area delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione al Collaboratore professionale sanitario Fisioterapista dott. Massimo Rossi;

**CONSTATATO CHE** i due incarichi risultano inconciliabili, in ragione diversa tipologia di funzioni, responsabilità e dell'impegno richiesto;

CHE si rende necessario attribuire un nuovo Coordinamento per Collaboratori professionali sanitari Fisioterapisti per l'Area Territoriale dei Distretti di Carbonia e Iglesias, in virtù della nuova nomina del CPS Fisioterapista dott. Massimo Rossi;

**PRECISATO** che, attualmente, non sussiste nessuna graduatoria dalla quale attingere per la copertura del posto oggetto di Selezione;

**RITENUTO** pertanto, di dover predisporre un Avviso di Selezione interna per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico di Coordinamento per Collaboratori professionali sanitari Fisioterapisti per l'Area Territoriale dei Distretti di Carbonia;

## PROPONE

L'adozione del presente provvedimento

## IL DIRETTORE GENERALE

**VISTA** l'istruttoria svolta dal Direttore della SC delle professioni Sanitarie

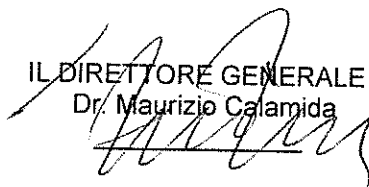
**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

# DELIBERA

Per i motivi dettagliati nella premessa:

1. di approvare l'Avviso interno, allegato alla presente delibera di cui fa parte integrante e sostanziale.
2. di procedere alla pubblicazione dell'Avviso interno e della domanda di partecipazione sul sito [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it) nelle pagine dedicate a "Concorsi e selezioni", da cui sono anche scaricabili;
3. di procedere ad inviare l'Avviso interno nella versione integrale alle Direzioni Mediche di Presidio e dei Distretti per la più ampia informazione.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Maurizio Calamida



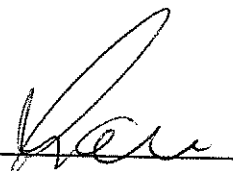
Il Direttore Amministrativo  
Dr. Claudio Ferri



Il Direttore Sanitario  
Dr. Franco Trincas



Dir/SPS/dr. A Cuccuru



Add./G Di Pasquale



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

Attesta che la deliberazione

n. 1291 del 22 LUG. 2013

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio della ASL n. 7

a partire dal 25 LUG. 2013 - 8 AGO. 2013

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi

È stata posta a disposizione per la consultazione.



Il Responsabile Affari Generali

*[Handwritten signature]*

Destinatari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL 7 CARBONIA

IL DIRETTORE GENERALE

INDICE

**AVVISO DI SELEZIONE INTERNA PER TITOLI E COLLOQUIO PER ATTRIBUZIONE DELLE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DEI COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI FISIOTERAPISTI DI AREA TERRITORIALE**

PUBBLICATO NELL'ALBO AZIENDALE IN DATA: \_\_\_\_\_

SCADENZA TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE: \_\_\_\_\_

In esecuzione della Deliberazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e ai sensi della legge 01 febbraio 2006 n° 43, dell'art. 10 del CCNL Comparto Sanità -biennio 2000-2001, è indetta Selezione interna per titoli e colloquio per **Collaboratori Professionali Sanitari – FISIOTERAPISTI - Cat. "D"**, per l'attribuzione delle funzioni di **COORDINAMENTO dei Collaboratori professionali sanitari fisioterapisti di Area Territoriale** la seguente destinazione:

- Area Territoriale dei Distretti di Carbonia Iglesias;

**1. TERMINI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE.**

La domanda di ammissione, redatta in carta semplice **secondo il fac simile allegato**, deve pervenire all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda di Carbonia, sito in via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia, entro il termine perentorio di **giorni 10 dalla data di pubblicazione** del presente bando presso l'albo aziendale.

La domanda potrà essere presentata secondo le modalità seguenti:

-consegnata **a mano** all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda di Carbonia, sito in via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia,

- spedita a **mezzo di raccomandata** con avviso di ricevimento indirizzata: Al Direttore Generale - Azienda Sanitaria Locale - via Dalmazia, 83 – 09013 Carbonia

- inviata tramite **posta elettronica certificata** al seguente indirizzo:

**P.E.C. concorsi@pec.aslcarbonia.it** nel caso in cui il partecipante sia in possesso di una casella di posta elettronica certificata (PEC), entro il termine perentorio **giorni 10 dalla data di pubblicazione** del presente bando presso l'albo aziendale, a pena di esclusione.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

A tal fine farà fede il timbro a data dell'Ufficio postale accettante o la data di invio della PEC certificata dal gestore della stessa PEC.

La validità di invio mediante PEC è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) della quale deve essere titolare. Non sarà pertanto valido l'invio da casella di posta elettronica ordinaria, anche se indirizzata alla PEC aziendale o l'invio da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non è titolare.

La domanda di partecipazione alla mobilità e la relativa documentazione dovrà essere esclusivamente trasmessa in un unico formato PDF, pena la non ammissione alla mobilità se presentata in formati differenti.

Inoltre si precisa che la domanda trasmessa mediante PEC sarà valida solo se inviata in formato non modificabile e se:

- sottoscritta mediante firma digitale;
- oppure sottoscritta nell'originale scansionato ed accompagnate da fotocopia del documento di identità in corso di validità.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione delle istanze di partecipazione.

Non saranno imputabili all'amministrazione eventuali disguidi postali e di trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti o il riferimento a documenti e titoli in possesso dell'Amministrazione è priva di effetto.

**Non saranno comunque prese in considerazione le domande inviate prima della pubblicazione del bando nell'albo aziendale e nel sito internet aziendale [www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it);**

Alla domanda il candidato dovrà allegare tutti i titoli che ritiene necessari alla formazione della graduatoria di merito.

I titoli possono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

## **2. CRITERI DI ACCESSO**

Ai sensi della Legge 01 febbraio 2006, n° 43, i candidati devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) titolarità di un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato con l'Azienda USL 7 di Carbonia, in qualità di COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – FISIOTERAPISTA - CAT. D;
- b) esperienza professionale complessiva nella categoria D, di tre anni;
- c) Master di primo livello in Management per le funzioni di coordinamento, rilasciato ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del M.U.R.S. n° 509/1999 e art. 3 del D.M. dell'Istruzione n° 270/2004,

## **3. FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA PER TITOLI**

La Commissione Esaminatrice preposta alla formulazione della graduatoria dispone di 100 punti così ripartiti:

### **Valutazione dei titoli (max p. 30)**

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE** - max punti 30 così suddivisi:

- a) anzianità di servizio (max p. 5)
  - b) percorso formativo ad esclusione del requisito d'accesso/titolo di carriera (attività professionale e di studio formalmente documentata che evidenziano il livello di qualificazione professionale. Corsi di formazione o aggiornamento) (max p. 15)
  - c) esperienze documentate di coordinamento di personale (max p. 10)
- Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.  
Il titolo di studio specifico e l'anzianità di servizio richiesta per l'ammissione alla selezione non sono oggetto di valutazione da parte della commissione esaminatrice.

**COLLOQUIO** (max 70 punti): verterà su materie attinenti ai modelli organizzativi delle Aziende sanitarie e su materie attinenti alla funzione di coordinamento.

Il colloquio è diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato, con riferimento anche alle esperienze professionali documentate, nonché all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative e di coordinamento del candidato stesso, con riferimento all'incarico da svolgere.  
Il superamento del colloquio è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza non inferiore a punti 40.

Il punteggio complessivo è determinato sommando il voto conseguito nella valutazione dei titoli al voto complessivo riportato nella prova di esame.

La data della prova d'esame ed il luogo di svolgimento della selezione verranno comunicati ai candidati stessi, con raccomandata con avviso di ricevimento, almeno 10 giorni prima dell'inizio della prova.

I candidati che non si presenteranno nel giorno, nell'ora e nella sede stabilita, a sostenere le prove della selezione indicate nella LETTERA di convocazione e/o nell'AVVISO di notifica, saranno dichiarati esclusi dalla selezione stessa.

#### 4. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Il candidato, in luogo delle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, può avvalersi delle dichiarazioni sostitutive previste dal DPR 445/2000 (ed allegate in fac simile al presente bando) e di seguito riportate:

- A) **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, da utilizzare nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 D.P.R. n° 445/2000 (per es. stato di famiglia, possesso di titolo di studio, possesso di specializzazione, etc.);
- B) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (art. 47 D.P.R. n° 445/2000) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non presenti nel citato art. 46 DPR 445/2000 (ad esempio: attività di servizio, etc.);
- C) **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà relativa alla conformità all'originale di una copia di un atto**, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 D.P.R. n° 445/2000).

Tutte le dichiarazioni sostitutive, di cui ai precedenti punti A, B e C devono riportare:

- 1) la seguente dicitura: il sottoscritto \_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara...
- 2) l'autorizzazione al trattamento dei dati personali ex D. Lgs. 196/2003;
- 3) la sottoscrizione del dichiarante.

Inoltre, la dichiarazione sostitutiva di atto di **notorietà**, di cui alle precedenti lettere B) e C), deve essere presentata unitamente a copia fotostatica (fronte e retro) di documento di identità in corso di validità del dichiarante, se non sottoscritta dall'interessato in presenza dell'impiegato competente a ricevere la documentazione stessa.

In ogni caso le dichiarazioni sostitutive di cui ai precedenti punti A), B), C), devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta ed esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

Si precisa che il **servizio prestato** può essere autocertificato solo mediante la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, allegata o contestuale alla domanda, la quale deve contenere:

- 1) l'esatta indicazione dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato (nominativo, struttura pubblica);
- 2) la natura giuridica del rapporto di lavoro (contratto di dipendenza a tempo indeterminato - determinato; contratto di collaborazione, consulenza, etc.);
- 3) la qualifica rivestita, il profilo, la disciplina e l'area di appartenenza (es. infermiere, infermiere generico);
- 4) la tipologia del rapporto di lavoro (tempo pieno - parziale, con l'indicazione del numero di ore svolte alla settimana ... etc.);
- 5) la data di inizio e fine rapporto di lavoro;
- 6) l'indicazione di eventuali interruzioni del rapporto di lavoro (aspettativa senza assegni, sospensione cautelare ...etc.);
- 7) tutto ciò che si renda necessario, nel caso concreto, per valutare correttamente il servizio stesso.

Questa Amministrazione è tenuta ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dell'art. 15 della Legge 183 del 12 novembre 2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all'autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia.

**Non saranno valutate le dichiarazioni sostitutive incomplete o prive dei requisiti di forma previsti dalla vigente normativa.**

**Alla domanda deve essere allegata fotocopia (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità, ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio.**

## **5. COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DEI CANDIDATI**

La Commissione di Valutazione composta dal Responsabile di Area delle professioni tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, da un Coordinatore delle professioni della riabilitazione, da un Coordinatore delle professioni infermieristiche e da un Assistente amministrativo cat. C, procederà alla valutazione dei *curricula* dei candidati ammessi e sottoporrà gli stessi ad un colloquio.

## **6. GRADUATORIE, TITOLI DI PREFERENZA**

Al termine delle prove d'esame, la Commissione esaminatrice formula la graduatoria di merito dei candidati idonei.

E' escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito la sufficienza nella prova d'esame.

La graduatoria di merito sarà formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato (per titoli e colloquio) con l'osservanza a parità di punti delle preferenze previste dall'art. 5 del D.P.R. n. 487/1994 e successive modificazioni ed integrazioni.

All'approvazione delle graduatorie dei candidati idonei, riconosciuta la regolarità degli atti, provvede con propria deliberazione il Direttore Generale.

## **7. DICHIARAZIONE DEI VINCITORI E PERIODO DI PROVA**

Il Direttore Generale dell'Azienda provvede con propria deliberazione alla dichiarazione dei vincitori. Gli effetti economici decorrono dalla data di attribuzione dell'incarico di coordinamento definito con atto formalizzato che verrà conservato all'interno del fascicolo personale di ogni dipendente interessato.

## **8. VALUTAZIONE SUCCESSIVA AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

In funzione degli obiettivi da conseguire e ai fini dell'eventuale rinnovo, il Responsabile di Area Professionale e il Direttore del Servizio Professioni Sanitarie precederanno, alla scadenza dell'incarico, alla specifica valutazione dei dipendenti detentori dell'incarico di coordinamento sulla base dei seguenti criteri:

- I impegno profuso e risultati conseguiti nel motivare e coinvolgere i collaboratori, valorizzandone le qualità professionali;
  - I implementazione di iniziative per il miglioramento di efficacia ed efficienza all'interno dell' U.O. di appartenenza e dell'organizzazione aziendale;
  - I implementazione di protocolli e procedure che migliorino la qualità dell'assistenza, della soddisfazione degli utenti e degli operatori;
  - I capacità di proporre modelli operativi che contribuiscano al miglioramento dei percorsi clinico - assistenziali, in collaborazione con le altre figure professionali in Azienda;
  - I capacità relazionali fondamentali per la costituzione del gruppo di lavoro.
- I Gli incarichi sono rinnovabili a seguito di valutazione positiva e revocabili con il venir meno della funzione o in caso di valutazione negativa.

## **9. VALIDITÀ DELLA GRADUATORIA**

La graduatoria degli idonei ha la validità di anni uno.

## **10. TUTELA DEI DATI PERSONALI - INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

I dati personali forniti dal dipendente saranno raccolti presso la competente UOC Risorse Umane per le finalità di gestione della procedura di mobilità e saranno trattati anche successivamente per la gestione del rapporto di lavoro. Tali dati potranno essere sottoposti ad accesso da parte di coloro che abbiano un concreto interesse ai sensi della L. 241/90.

L'interessato gode dei diritti complementari tra cui il diritto di rettificare, aggiornare o cancellare i dati sbagliati, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

Il conferimento di tali dati e l'autorizzazione al trattamento degli stessi, sono resi obbligatori ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla selezione.

La presentazione della domanda di partecipazione alla presente mobilità vale quale esplicita autorizzazione all'Ente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Dlgs 196/2003.

#### **11. MODIFICA, SOSPENSIONE, REVOCA E ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI MOBILITÀ**

L'Azienda si riserva la facoltà di modificare, sospendere o revocare, in tutto o in parte, la presente procedura di mobilità, riaprire o prorogare i termini di presentazione delle domande, a suo insindacabile giudizio ed in qualsiasi momento, senza che gli aspiranti possano sollevare eccezioni, diritti o pretese di sorta.

L'Azienda si riserva di utilizzare la graduatoria scaturita dal presente bando per ulteriori esigenze di mobilità che dovesse in futuro presentarsi.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dr. Maurizio CALAMIDA**



**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

(il presente modulo non è valido per la presentazione della domanda di partecipazione alla selezione)

Al Direttore Generale  
della ASL 7  
Via Dalmazia, 83  
09013 - Carbonia

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dipendente a tempo indeterminato di questa Amministrazione presso l'U.O. \_\_\_\_\_ del Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ Territoriale di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a alla SELEZIONE INTERNA per TITOLI E PROVA SELETTIVA per il conferimento delle FUNZIONI DI COORDINAMENTO per COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI FISIOTERAPISTI CAT D, per la Struttura di: \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

1) di essere nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;  
2) di essere residente in \_\_\_\_\_ (cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

3) di essere in possesso dei requisiti richiesti nel bando:

a) di essere dipendente della ASL 7 di Carbonia, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario \_\_\_\_\_, categoria D, presso l' Unità Operativa \_\_\_\_\_ del Presidio/Distretto di \_\_\_\_\_;

b) di avere maturato l'anzianità di servizio di tre anni in qualità di Collaboratore Professionale Sanitario \_\_\_\_\_, categoria D, Ds;

c) master di primo livello in management per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'art. 3, comma 9, del decreto del ministro dell'istruzione n° 270/2004, ovvero il Certificato di Abilitazione a Funzioni Direttive (AFD) rilasciato ai sensi della Legge 1098/1940 conseguito il: \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_.

4) di accettare incondizionatamente tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della procedura concorsuale e agli adempimenti conseguenti.

5) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali (D.lgs. n° 196/1993).

Ogni comunicazione relativa alla presente SELEZIONE INTERNA deve essere fatta al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_ (indicare CAP)

Tel. n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

.....

**Allega alla domanda di partecipazione:**

1. copia fotostatica del titolo specifico richiesto per l'ammissione;
2. documentazione attestante il possesso del rapporto di lavoro con l' Azienda Sanitaria di Carbonia, nonché l'anzianità di servizio richiesta;
3. i titoli utili al fine della valutazione di merito;
4. un curriculum, datato e firmato, debitamente autocertificato;
5. un elenco, datato e firmato, dei documenti e titoli presentati;

6. fotocopia (fronte/retro) di un documento di identità in corso di validità, ai fini della validità delle dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio.

FAC SIMILE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel  
caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del  
28.12.2000:

**SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ DICHIARO**

a) che i sottoelencati documenti sono presenti nel proprio fascicolo personale

TITOLI DI CARRIERA (per eventuali servizi prestati presso altri Enti )

---

---

---

---

---

---

---

---

TITOLI DI STUDIO

---

---

---

---

---

---

---

---

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE (partecipazione a Corsi, Convegni, incarichi di particolare contenuto professionale, ecc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

b) che le copie dei documenti di seguito elencati ed allegati alla presente domanda sono conformi all'originale in mio possesso:

---

---

---

---

---

---

---

---

(luogo, data) (firma del dichiarante)

---

La presente dichiarazione può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità. Atteso che il dichiarante Sig. \_\_\_\_\_, da me identificato a mezzo \_\_\_\_\_, ha resa e sottoscritta in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Carbonia \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell'art. 13, comma 1, del D.Lgs 30.6.2003, n. 196: I dati sopra riportati sono

**prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.**