

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA
MEDICINA GENERALE ANNO _____**

Apporre
marca da
bollo da
Euro16,00
e *barrare*

Alla REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali
Area Risorse Umane GR/11/44
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a _____
prov. _____ il _____ sesso: [M] [F] codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____
CAP _____ ASL di residenza _____ tel. _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC _____ secondo quanto
previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23 marzo 2005 e s. m. i.
del 29 luglio 2009 e del 8 luglio 2010

CHIEDE

**l'inserimento/l'integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale, a valere per l'anno
_____ relative alle attività nel settore di (*barrare una o più caselle*):**

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assistenza primaria | <input type="checkbox"/> emergenza sanitaria territoriale |
| <input type="checkbox"/> continuità assistenziale | <input type="checkbox"/> medicina dei servizi territoriali |

A tal fine dichiara

di essere **non essere** titolare a tempo indeterminato di incarico disciplinato dal vigente A.C.N.. In caso
affermativo specificare il tipo di incarico _____

Acclude alla presente:

- n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. _____ fotocopia documento di identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data _____ **FIRMA PER ESTESO** _____

N.B. Ai fini della validità' la domanda deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

REQUISITI PER L'ACCESSO:

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie annuali di settore della medicina generale devono possedere, **alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda**, i seguenti requisiti:

- **diploma di laurea in medicina e chirurgia;**
- **iscrizione all'Albo professionale;**
- **possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale come previsto dal Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 oppure titolo equipollente (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).**

I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce **"primo inserimento"**; tutti gli altri devono barrare la voce **"integrazione titoli"**.

I medici devono indicare esplicitamente (barrando le relative caselle) per quale/i settori di attività richiedono l'inserimento .

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale, non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (Art. 15, comma 1, ACN 23 marzo 2005 e s. m. i. del 29 luglio 2009 e del 8 luglio 2010).

IL MEDICO GIÀ ISCRITTO NELLE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELL'ANNO PRECEDENTE, ANCHE IN ASSENZA DI TITOLI AGGIUNTIVI, DEVE PRESENTARE, PER L'ANNO IN CORSO, LA DOMANDA CON L'AUTOCERTIFICAZIONE DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE.

Al fine di snellire le procedure burocratiche e abbreviare i tempi necessari alla formazione delle graduatorie devono essere presentati soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi al personale dell'Area ai seguenti numeri telefonici: 06/51685762 –06/51685475 – 06/51683184.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE:

La domanda, compilata e debitamente sottoscritta, **deve essere spedita con Raccomandata A.R.** alla REGIONE LAZIO - Direzione Regionale Salute e Integr. Sociosanitaria - Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza - Via R.R. Garibaldi 7 00145 Roma, **entro e non oltre il 31 gennaio** (a tal fine fa fede il timbro postale).

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (come da nota Agenzia Entrate 954-19608/2010) dell'importo di euro 16,00.

Alla domanda e alla dichiarazione sostitutiva deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

MOTIVI DI ESCLUSIONE:

La mancata sottoscrizione della domanda, la mancanza dei requisiti, la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 Gennaio, comportano l'esclusione dalla graduatoria.

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi del DPR 445/2000 e s. m. i. i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:

- per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione , ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (**Allegato A debitamente sottoscritto**);
- per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000 (**Allegato B debitamente sottoscritto**)

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

La mancata sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive, l'omissione e l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio deve essere presentata in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terra' conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione.

Pertanto nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio (All. B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato) , i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte.

E' necessaria inoltre l'esatta indicazione della AUSL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

ALLEGATO A

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara di essere in possesso di:

A3) **Diploma di laurea** in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____

in data _____ con voto:

<input type="checkbox"/> 110/110		Punti 1,00
<input type="checkbox"/> 110/110 e lode		
<input type="checkbox"/> 100/100		
<input type="checkbox"/> 100/100 e lode		
<input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110	Voto _____/110	Punti 0,50
<input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100	Voto _____/100	
<input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110	Voto _____/110	Punti 0,30
<input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100	Voto _____/100	

Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data _____

Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal _____

A4) Specializzazione o libera docenza in **medicina generale** o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B

specializzazione in _____ data _____ (punti 2,00)

specializzazione in _____ data _____

conseguita presso l'Università' _____

A5) Specializzazione o libera docenza nelle discipline **affini alla medicina generale**, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B

specializzazione in _____ data _____ (punti 0,50)

specializzazione in _____ data _____

conseguita presso l'Università' _____

A7) **Attestato di formazione in medicina generale** di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20)

conseguito il _____ presso: _____

specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:

data inizio corso _____ data fine corso _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data _____

Firma del dichiarante _____

N.B. Ai fini della validità la dichiarazione deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

ALLEGATO B

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

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

Io sottoscritt_ Dott. _____

cognome

nome

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:**

B8) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato **nell'ambito della Regione Lazio:** (punti 0,30 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B7) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato **in un'altra regione:** (punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B9) 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 giorni continuativi: (punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

B9bis) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad **attività sindacale** e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (punti 0,20 per mese di attività)

Le sostituzioni **effettuate su base oraria** ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al titolo II, lett.c): (punti 0,20 per mese ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

B11a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di **continuità assistenziale** in forma attiva: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

Anno:..... **Azienda Sanitaria Locale**.....

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:..... **Azienda Sanitaria Locale**.....

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:..... **Azienda Sanitaria Locale**.....

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 _____

B11b) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella **medicina dei servizi:**

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B6) Servizio effettivo nelle **attività territoriali programmate:**

(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B11c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale: (Incarico ai sensi ACN Medicina Generale)**

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____

B12) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in **forma di reperibilità**, ai sensi del presente Accordo:

(punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B13) Attività medica nei servizi di **assistenza stagionale** nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____

B10) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico **pediatria di libera scelta**, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

(punti 0,10 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____

B17) **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:

(punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

B18) **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, **ed in concomitanza di incarico**, anche provvisorio, di medicina generale, limitatamente al periodo di concomitanza:

(punti 0,20 per mese)

dal _____ al _____ presso _____

B16) **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina : (punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B21) **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale **svolto in concomitanza di incarico** conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo :

(punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B19) 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:

(punti 0,05 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B14) 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**, anche l'attività **di medico di polizia** :

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B15) Servizio prestato presso **Aziende termali** (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*):

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

(* servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali

B20) 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 D.M. 1 settembre 1988 n. 430 :

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

(*)Provvedimento n. _____ del _____ rilasciato da _____

()Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) indicare gli estremi.*

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

N.B. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).

*Ai fini della validità la dichiarazione deve essere **sottoscritta dall'interessato** e inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante.*