



ALLEGATO B)

**Dipartimento Salute e Welfare
Settore 1- Personale e Professioni Del Servizio Sanitario Regionale e
Sistema Universitario – Formazione Ecm- Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale**

CALENDARIO CONVOCAZIONE ACCETTAZIONE INCARICHI

VENERDI' 01 AGOSTO 2025 ORE 10.00 SALA ORO

SEDUTA ACCETTAZIONE INCARICHI DEL RUOLO UNICO

I medici dovranno presentare copia della carta d'identità e del codice fiscale.

Si allega la dichiarazione da consegnare a seguito di accettazione incarico

R.U. MMG (allegato 1)

LUNEDI' 04 AGOSTO ORE 10.00 SALA ORO

SEDUTA ACCETTAZIONE INCARICHI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

I pediatri dovranno presentare copia della carta d'identità e del codice fiscale.

Si allega la dichiarazione da consegnare a seguito di accettazione incarico di pediatria

(allegato 2)

LUNEDI' 04 AGOSTO ORE 11.30 SALA ORO

SEDUTA ACCETTAZIONE INCARICHI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

I medici dovranno presentare copia della carta d'identità e del codice fiscale.

Si allega la dichiarazione da consegnare a seguito di accettazione incarico EMERGENZA

SANITARIA TERRITORIALE (allegato 3)

LUNEDI' 04 AGOSTO ORE 12.00 SALA ORO

SEDUTA ACCETTAZIONE INCARICHI DI SANITA' PENITENZIARIA

I medici dovranno presentare copia della carta d'identità e del codice fiscale.

Si allega la dichiarazione da consegnare a seguito di accettazione incarico di SANITÀ

PENITENZIARIA (allegato 4)

L'U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale

0961856013



REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore I - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM

Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

ALLEGATO 1

Dichiarazione accettazione incarico a tempo indeterminato per la medicina generale del ruolo unico di assistenza primaria 2025.

Convocazione del 01 agosto 2025 Sede Cittadella Regionale.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ nato/a a

_____ Provincia _____ il ____/____/____ residente a

Provincia _____ invia/piazza _____ n. _____

Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Tel _____ email _____ (leggibile)

Pec _____ (leggibile)

- Ha partecipato nel rispetto di quanto previsto dall'art.34 comma 5, lett.(contrassegnare)
- A) per trasferimento tra Aziende (interaziendale), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni.
 - B) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
 - C) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
 - D) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
 - E) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
 - F) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.

Si precisa che il vigente A.C.N. per la medicina generale dispone che **ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. ed ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60**, l'incarico sarà conferito nel rispetto dell'art.33 comma 11, dell'art.34 comma 18, nonché come stabilito nell'articolo 38, comma 9, di seguito riportato **“Ai medici di cui al comma 5, lettere e) ed f) può essere attribuito un incarico temporaneo con obbligo di apertura dello studio e progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, come stabilito nell'articolo 38, comma 9”**.



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

DICHIARA

(si riporta quanto disposto dall'art.34 comma 23 del vigente A.C.N.)

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

di accettare il seguente incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria

ASP	DISTRETTO	AMBITO DI SCELTA	MEDICO ISCRITTO AL CFSMG
			TRIENNIO _____

Allega alla presente:

- dichiarazione informativa Allegato L
- fotocopia di documento di identità e codice fiscale in corso di validità

Prende atto che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura dell'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Catanzaro,

FIRMA



**REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE**

*Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI, DI NON ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE RIGUARDANO L' APPLICAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA E DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI PROCEDIMENTI PENALI PENDENTI. (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....

Codice Fiscale..... nato/a

a (prov.) il e residente in

..... (prov.), via

..... n., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- il tribunale di competenza è
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver riportato le seguenti condanne:
.....
.....
.....
.....

..... (data)

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018 e successive modifiche: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i

Allegato L

Medici di Medicina Generale
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto all'Albo dei
_____ della Provincia di _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R.
28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.,

dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta convenzionato 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) 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. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) 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 _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) 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 _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(3)

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a

copia fotostatica di valido documento di identità e Codice fiscale.



**REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE**

*Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NON AVER RIPORTATO
CONDANNE PENALI, DI NON ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE
RIGUARDANO L' APPLICAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI
PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI
DELLA VIGENTE NORMATIVA E DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI PROCEDIMENTI
PENALI PENDENTI. (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....

Codice Fiscale..... nato/a

a (prov.) il e residente in

..... (prov.), via

..... n., consapevole delle
responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto
la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- il tribunale di competenza è
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver riportato le seguenti condanne:

.....
.....
.....
.....

..... (data)

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018 e successive modifiche: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta del 28 aprile 2022

Allegato I

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto all'Albo dei
_____ della Provincia di _____

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai
sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono
puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,**

attesta di

essere non essere titolare di incarico: a tempo indeterminato provvisorio di sostituzione di pediatria di
libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS vigente con massimale di n. _____ scelte
e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di
_____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

dichiara formalmente di:

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito,
a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. essere non essere (1) titolare di incarico: di sostituzione provvisorio a tempo indeterminato di
medico Assistenza Primaria a ciclo di scelta ad attività oraria convenzionato, ai sensi
dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 28/04/2022 e con massimale di n.
_____ scelte

Periodo: dal _____

3. essere non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come
specialista ambulatoriale convenzionato (2):

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

Periodo: dal _____

4. svolgere non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (2):

Provincia _____ branca _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Periodo: dal _____

5. essere non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2):

Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____

in forma attiva-in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

6. operare non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

7. operare non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

8. svolgere non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii.:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

9. svolgere non svolgere (1) per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):

A.S.L. _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

10. di fruire non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

11. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

“quote A e B” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM o che fruiscono dell’Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all’Allegato 5 dell’ACN PLS 28/04/2022).

12. svolgere non svolgere (1) altra attività 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)

Periodo: dal _____

13. operare non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14. essere non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Periodo: dal _____

15. fruire non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento: _____

Periodo: dal _____

16. essere non essere iscritto (1) al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

17. avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall’art. 30 dell’Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall’art. 24 dell’Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022. In caso affermativo indicare la tipologia di sanzione, l’Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

18. essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

19. avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: (1)

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (2)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

data _____ firma _____ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

(3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

ALLEGATO 3

Dichiarazione accettazione incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale la 2025.
Convocazione del 04 agosto 2025 Sede Cittadella Regionale.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ Provincia _____ il ____|____|____|

residente a _____ Provincia _____ invia/piazza _____

n. _____ Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Tel _____ email _____

(leggibile)

Pec _____ (leggibile)

DICHIARA

di accettare il seguente incarico a tempo indeterminato di E.S.T. (per i medici iscritti al CFSMG sarà conferito incarico ai sensi degli artt. 63 comma 21 e 64 comma 6)

ASP	PET	MEDICO ISCRITTO AL CFSMG
		TRIENNIO _____

Allega alla presente:

dichiarazione informativa Allegato L

fotocopia di documento di identità e codice fiscale in corso di validità

Prende atto che ogni comunicazione relativa al suddetto conferimento di incarico verrà trasmessa a cura dell'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE all'indirizzo di PEC sopra indicato.

Catanzaro,

FIRMA



**REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE**

*Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NON AVER RIPORTATO
CONDANNE PENALI, DI NON ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE
RIGUARDANO L' APPLICAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI
PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI
DELLA VIGENTE NORMATIVA E DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI PROCEDIMENTI
PENALI PENDENTI. (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....

Codice Fiscale..... nato/a

a (prov.) il e residente in

..... (prov.), via

..... n., consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- il tribunale di competenza è
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver riportato le seguenti condanne:

.....
.....
.....
.....

..... (data)

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018e successive modifiche: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i

Allegato L

Medici di Medicina Generale
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e per gli effetti
dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.,

dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta convenzionato 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) 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. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) 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 _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) 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 _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa.
- (2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- 3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a **copia fotostatica di valido documento di identità.**



**REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE**

*Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NON AVER RIPORTATO
CONDANNE PENALI, DI NON ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE
RIGUARDANO L' APPLICAZIONE DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DI
PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI ISCRITTI NEL CASELLARIO GIUDIZIALE AI SENSI
DELLA VIGENTE NORMATIVA E DI NON ESSERE A CONOSCENZA DI PROCEDIMENTI
PENALI PENDENTI. (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a cognome nome.....

Codice Fiscale..... nato/a

a (prov.) il e residente in

..... (prov.), via

..... n., consapevole delle
responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto
la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

D I C H I A R A

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- il tribunale di competenza è
- di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver riportato le seguenti condanne:

.....
.....
.....
.....

..... (data)

Il/la dichiarante (firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018 e successive modifiche: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

**AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i

Allegato L

Medici di Medicina Generale
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e per gli effetti
dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii.,

dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) 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 (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta convenzionato 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 _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8, comma 5, del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) 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. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) 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 _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) 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 _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____



REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE

Settore 1 - Personale e Professioni del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario - Formazione - ECM
Medicina Convenzionata, Continuità assistenziale

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (3)

- (1) cancellare la parte che non interessa.
- (2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
- 3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a **copia fotostatica di valido documento di identità.**