

Comunicato dell'Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria
Zone carenti di assistenza pediatrica 1° semestre 2017.

La presente pubblicazione dell'elenco delle zone carenti di assistenza pediatrica afferente il primo semestre 2017, di cui all'Allegato A), viene effettuata ai sensi dell'art. 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale (nel prosieguo ACN/2005 e s.m.i.) per la disciplina dei rapporti con i **medici pediatri di libera scelta** reso esecutivo con Intesa Conferenza Stato - Regioni in data 15 dicembre 2005 e s.m.i. e dell'art. 6, comma 5, dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta recepito con D.G.R. n. 20-5960 del 17 giugno 2013.

Essa costituisce anche notificazione ufficiale agli interessati ed alle Aziende Sanitarie Locali.

In conformità al disposto di cui all'art. 33 dell'ACN/2005 e s.m.i., possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti:

- a) I Pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Piemonte, a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.
- a1) I Pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. L'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati è quella posseduta alla data di pubblicazione dell'elenco della zona carente.
- b) I Pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2017 pubblicata sul B.U.R.P. n. 51 del 22 dicembre 2016.

Si ricorda, pertanto, i medici pediatri interessati, che il convenzionamento per la pediatria di libera scelta, alla data di presentazione della presente domanda, non consente di partecipare alla procedura di assegnazione delle carenze per graduatoria, poiché il vigente A.C.N./2005 e s.m.i. all'art. 15, comma 11, dispone che *“i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato, (... omissis ...) non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria, e pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento”*.

I medici pediatri aspiranti al conferimento dell'incarico nella zona carente, di cui all'allegato A), dovranno presentare all'Assessorato alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria della Regione Piemonte - Settore Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR – Ufficio Zone carenti (Pediatria) - Corso Regina Margherita 153 bis - 10122 Torino - apposita domanda in bollo (€ 16,00), formulata secondo il fac-simile allegato al presente comunicato, che dovrà essere spedita a mezzo raccomandata A.R. entro 15 giorni decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale (fa fede il timbro postale di partenza). Sulla busta indicare *“Domanda di partecipazione al conferimento dell'incarico della carenza di assistenza pediatrica”*.

Le istanze potranno essere inviate, anche, tramite PEC (posta elettronica certificata), nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 65, comma 1, del d. lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. recante

“Codice dell’amministrazione digitale” al seguente indirizzo di posta: sanita@cert.regione.piemonte.it, nel qual caso farà fede la data di ricevimento dell’istanza all’indirizzo di posta dell’amministrazione regionale (nell’oggetto della e.mail dovrà essere indicato “Domanda di partecipazione al conferimento dell’incarico della carenza di assistenza pediatrica”).

Le istanze inviate tramite PEC dovranno essere inderogabilmente configurate nel modo seguente:

- esclusivamente file in formato .pdf ;
- file aventi singolarmente una dimensione non superiore ai 30MB
- sottoscrizione con firma digitale (art. 21 D. lgs. n. 82/2005) in conformità alle seguenti disposizioni:
 - che le firme si riferiscano al file nel formato sopra indicato;
 - che le firme e le marche temporali siano embedded e non detached (il file firmato e la firma devono essere contenuti in un’unica busta-file);
 - che le firme siano valide al momento della ricezione.

Nel caso di istanze inviate tramite PEC, il pagamento dell’imposta di bollo deve essere assolto con le modalità previste per i documenti informatici dal decreto del Ministero dell’Economia e Finanze 17 giugno 2014 (“ Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto - articolo 21, comma 5, del decreto legislativo n. 82/2005”).

L’amministrazione regionale non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte dell’istante, ovvero da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di recapito, ovvero per gli eventuali disguidi postali in ogni modo imputabili a caso fortuito o a forza maggiore.

Si precisa che i medici pediatri di cui ai punti: a) e a1) dovranno allegare autocertificazione che attesti l’anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dall’incarico.

I medici pediatri di cui al punto b) dovranno compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione, relativa al possesso della residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale dei pediatri di libera scelta, nella località carente per l’attribuzione di punti 6 e nell’ambito della Regione Piemonte per l’attribuzione di punti 10, così come previsto dall’art. 33, comma 3, dell’ACN/2005 e s.m.i.. Si precisa che tale requisito deve essere mantenuto fino all’attribuzione dell’incarico.

I medici pediatri di cui ai punti: a), a1) e b) dovranno inoltre allegare l’autorizzazione al trattamento dei dati personali e l’atto sostitutivo di notorietà attestante se alla data di presentazione della domanda siano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamento di pensione o eventuali posizioni di incompatibilità.

La mancata presentazione dell’allegato 1) comporta l’impossibilità di attribuire l’eventuale punteggio spettante per la residenza sia nella Regione Piemonte che nell’ambito territoriale dichiarato carente.

La mancata autorizzazione al trattamento dei dati personali comporta l’impossibilità di inserimento nella graduatoria della zona carente di cui all’allegato A).

Gli incarichi saranno assegnati secondo le priorità stabilite dall'art. 33, comma 6, dell'A.C.N./2005 e s.m.i..

Il Responsabile del Settore
Dott. Claudio BACCON

ALLEGATO A)

CARENZE ASSISTENZA PEDIATRICA**1° SEMESTRE 2017**

A.S.L.	AAMBITO TERRITORIALE	NUMERO CARENZA	Comune sede di apertura dell'ambulatorio
CN1	Briaglia, Monasterolo Casotto, Montaldo di Mondovì, Niella Tanaro, Pamparato, Roburent, San Michele Mondovì, Torre Mondovì, Vicoforte	1	A scelta fra i Comuni compresi nell'ambito territoriale

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PEDIATRICA**

MARCA DA BOLLO
€16,00

Raccomandata A.R. - PEC

All'Assessorato alla Sanità,
Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia
Sanitaria
Settore Sistemi Organizzativi e Risorse
umane del SSR
Ufficio Zone carenti (Pediatria)
Corso Regina Margherita 153 bis
10122 TORINO

Il/La sottoscritt Dott. ,
nat aprov.il..... M ☐ F ☐
Codice Fiscale..... Residente a.....Prov.
..... via CAP
Tel....., A.S.L. di residenza , residente nel
territorio della Regione Piemonte e dal inserito nella
graduatoria unica regionale – di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta 15 dicembre 2005 e s.m.i. (nel
prosieguo ACN/2005 e s.m.i.) - pubblicata sul B.U.R.P. n. 51 del 22 dicembre 2016,

PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO

ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera b) dell'ACN/2005 e s.m.i., nonché al disposto dell'art. 6,
comma 5, dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta di cui alla D.G.R. n.
20-5960 del 17 giugno 2013, **nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato sul
Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 17 del 27 aprile 2017.**
*(alla voce "Ambito territoriale" inserire il primo Comune compreso nell'ambito territoriale per il
quale si intende concorrere, così come è stato pubblicato)*

ASL	Ambito territoriale

A tal fine dichiara:
di essere incluso nella graduatoria unica regionale dei medici specialisti pediatri valida per l'anno
2017, con punteggio

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza ☐ il domicilio sotto indicato
c/o..... indirizzo.....
ComuneCAP..... Prov
Indirizzo e-mail:

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, l'Allegato 1), l'Allegato 2) e copia
fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Data

Firma per esteso e leggibile⁽⁴⁾

ASSISTENZA PEDIATRICA
DOMANDA DI TRASFERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DEI MEDICI
CONVENZIONATI PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE

MARCA DA BOLLO
€16,00

Raccomandata A.R. - PEC

All'Assessorato alla Sanità,
 Livelli Essenziali di Assistenza,
 Edilizia Sanitaria
 Settore Sistemi Organizzativi e Risorse
 umane del SSR
 Ufficio Zone carenti (Pediatria)
 Corso Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Il/La sottoscritt Dott.
 nat aprov.il M ☐ F ☐
 Codice Fiscale.....residente a..... Prov.
 indirizzoCAP
 tel..... a far data dal è
residente nel territorio della Regione ed è titolare di incarico a tempo
 indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale
 della Regione dal
 (eventuali periodi di interruzione dal..... al.....) e con anzianità complessiva
 di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi,

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera a1) dell'ACN/2005 e s.m.i., nonché al disposto dell'art. 6, comma 5, dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta di cui alla D.G.R. n. 20-5960 del 17 giugno 2013, **nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 17 del 27 aprile 2017.**
(alla voce "Ambito territoriale" inserire il primo Comune compreso nell'ambito territoriale per il quale si intende concorrere, così come è stato pubblicato)

ASL	Ambito territoriale	ASL	Ambito territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera a1) dell'ACN/2005 e s.m.i., l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato, l'allegato 2 e copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza ☐ il domicilio sotto indicato

c/oComuneCAP

.....Prov.....indirizzo

E-mail:

Data

Firma per esteso e leggibile ⁽⁴⁾ _____

ASSISTENZA PEDIATRICA
DOMANDA DI TRASFERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DEI MEDICI
CONVENZIONATI DELLA REGIONE PIEMONTE

MARCA DA BOLLO
€16,00

All'Assessorato alla Sanità,
 Livelli Essenziali di Assistenza,
 Edilizia Sanitaria
 Settore Sistemi Organizzativi e Risorse umane –
 Ufficio Zone carenti (Pediatria)
 Corso Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Raccomandata A.R. - PEC

Il/La sottoscritt Dott.
 nat aprov.il M ☐ F ☐
 Codice Fiscale.....residente a.....Prov.
 indirizzoCAP
 tel..... a far data dal è
residente nel territorio della Regione ed è titolare di incarico a tempo
 indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale
 della Regione dal
 (eventuali periodi di interruzione dal..... al.....) e con anzianità complessiva
 di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

ai sensi dell'art. 33, comma 2, lettera a) dell'ACN/2005 s.m.i., nonché al disposto dell'art. 6, comma 5, dell'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta di cui alla D.G.R. n. 20-5960 del 17 giugno 2013, **nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. 17 del 27 aprile 2017.**

(alla voce "Ambito territoriale" inserire il primo Comune compreso nell'ambito territoriale per il quale si intende concorrere, così come è stato pubblicato)

ASL	Ambito territoriale	ASL	Ambito territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera a) dell'ACN/2005/s.m.i., l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 3), l'allegato 2 e copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato

c/o Comune.....CAP
 Prov..... indirizzo
 E-mail:

In caso di invio tramite posta elettronica certificata (PEC), compilare la parte sottostante:

Dichiara altresì

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00 ; attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data ed ora di emissione _____;
- Identificativo n. _____;

di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di averla annullata.

Data

Firma per esteso e leggibile ⁽⁴⁾

ALLEGATO 1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome.....nome.....

nato/a a.....(prov.....) il.....

residente in.....(prov.....)

a far data dal.....

via/corso.....n°.....

precedentemente residente nel Comune di.....(prov.....)

dal.....al.....

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..**

dichiara:

di essere residente nella Regione Piemonte dal.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

.....
firma del dichiarante per esteso e leggibile ⁽⁴⁾

ALLEGATO 2)**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria delle zone carenti di Assistenza Pediatrica e delle Carenze operative;

Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;

L'art. 7 del citato decreto legislativo Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione 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 l'Amministrazione Regionale.

☐ **NON SI AUTORIZZA**

FIRMA⁽⁴⁾
per esteso e leggibile

☐ **SI AUTORIZZA**

FIRMA⁽⁴⁾
per esteso e leggibile

ALLEGATO 3)

(compilare per i trasferimenti)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(ART. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome nome nato/a a
..... (prov.) il **consapevole delle**
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
445/2000 e s.m.i.,

dichiara:

- ☐ di essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta
presso l'ASL di dal
- ☐ di aver maturato l'anzianità complessiva (in territorio Italiano) di incarico come medico specialista
pediatra pari a anni, mesi, giorni
- ☐ di avere eventualmente cessato la propria attività per i seguenti periodi:
.....
.....
.....
.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

.....
firma del dichiarante per esteso e leggibile ⁽⁴⁾

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritt Dott. _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ Via/Piazza _____
n. _____ iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____
_____, n. _____, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000,

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 medicina generale, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale di settore, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ A.S.L. _____ ;
- 3) essere/non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta 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 _____ A.S.L. _____ ;
- 4) Essere/non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato ⁽¹⁾ come Specialista Ambulatoriale convenzionato interno: ⁽²⁾
A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____ A.S.L. _____
_____ branca _____ ore sett. _____ ;
- 5) essere/non essere ⁽¹⁾ iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: ⁽²⁾ Provincia _____
_____ branca _____ Periodo: dal _____ ;
- 6) essere/non essere ⁽¹⁾ titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato ⁽¹⁾, nella Regione _____ o in altra regione ⁽²⁾:
Regione _____ A.S.L. _____ ore sett. _____
i forma attiva - in forma di disponibilità; ⁽¹⁾
- 7) operare/non operare ⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78 : ⁽²⁾
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____ ;

- 8) operare/non operare ⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78: ⁽²⁾
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____ ;
- 9) svolgere/non svolgere ⁽¹⁾ funzioni di medico di fabbrica ⁽²⁾ o di medico competente ai sensi del D.lgs. n. 81/2008:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____ ;
- 10) 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 _____ ;
- 11) fruire/non fruire ⁽¹⁾ del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del Fondo di previdenza competente di cui al D.M. 15.10.1976 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale): Periodo: dal _____ ;
- 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 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):
Soggetto pubblico (nome ed indirizzo) _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____ ;
- 14) essere/non essere titolare ⁽¹⁾ 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 _____ ;

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽³⁾

Data _____ **Firma del dichiarante** ⁽⁴⁾ _____
per esteso e leggibile

⁽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⁾ *L'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente Comunicato, in attuazione dell'art. 71 del D.P.R. n. 445. Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

⁽⁴⁾ *Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante. **Le Domande presentate prive del documento d'identità saranno escluse.***