

	Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata	U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale Direttore Dott. Massimiliano Carpineti Recapiti Tel. 0733 823474 0733 2572698 0737 639261 E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it Pec: ast.macerata@emarche.it
---	---	--

PROT. N. 71677 | 29/05/2026 | AST-MC | MCDATERR | P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEI TURNI VACANTI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
2° TRIMESTRE 2026**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Macerata, Civitanova Marche e Camerino, in conformità a quanto stabilito dall'art. 21 dell'ACN/2026, rep. n. 14/CSR del 05/02/2026, questa AST pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale allegati al presente avviso, dal giorno 1 al giorno 15 di questo mese.

Per l'assegnazione dei turni disponibili, l'avente diritto è individuato prioritariamente tra gli specialisti titolari d'incarico a tempo indeterminato o tra gli specialisti iscritti nelle graduatorie in vigore, secondo le priorità previste dall'art. 21 e dall'art. 22 dell'ACN/2026.

Gli incarichi sono assegnati nel rispetto della disciplina delle incompatibilità prevista dall'art. 27 ACN/2026. Le eventuali situazioni di incompatibilità a carico dello specialista incluso nella graduatoria dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

Gli incarichi pubblicati per esigenze connesse a progetti finalizzati hanno durata limitata nel tempo (tempo determinato, non superiore a sei mesi).

Le domande degli specialisti aspiranti agli incarichi dovranno essere inviate all'indirizzo **PEC: ast.macerata@emarche.it** utilizzando la modulistica allegata (dichiarazione di disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato/determinato), specificando nell'oggetto "TURNI VACANTI", pena l'esclusione

dal 01 al 15 giugno 2026

Non saranno prese in considerazione le dichiarazioni di disponibilità pervenute in modo diverso da quello indicato. L'Amministrazione declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti dalla mancata o errata indicazione dell'oggetto o per ogni disagio non imputabile all'Amministrazione stessa.

Gli aspiranti, qualora svolgano altre attività compatibili che, sommate alle ore d'incarico richieste, superino il massimale orario consentito, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti ad interrompere o a sospendere.

Laddove, in sede di pubblicazione, sia richiesto il possesso di particolari capacità professionali (art. 21, comma 4 dell'ACN/2026) lo specialista interessato dovrà allegare alla domanda idonea documentazione comprovante il possesso delle capacità professionali richieste, acquisite dopo il conseguimento del titolo di specializzazione, pena la mancata valutazione del possesso dei requisiti.

Le graduatorie delle disponibilità pervenute relative al presente avviso saranno pubblicate sul sito dell'AST di Macerata.

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 0733 823474 0733 2572698 0737 639261 E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it Pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	---

Ogni comunicazione di questa AST verso specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti avverrà esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della Posta Elettronica Certificata.

L'AST di Macerata si riserva la facoltà insindacabile di sospendere, prorogare i termini, modificare in tutto o in parte o revocare il presente avviso, ovvero di non procedere ad alcun conferimento di incarico, senza che gli aspiranti possano sollevare diritti o pretese anche con particolare riferimento a sopravvenuti motivi di interesse pubblico o per esigenze organizzative.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso si fa integralmente rinvio all'ACN vigente.

Informativa in materia di trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 si informano i candidati alla presente selezione che il trattamento dei dati personali da essi forniti o comunque acquisiti a tal fine dall'Amministrazione è finalizzato unicamente all'esecuzione degli adempimenti e delle procedure relative al presente avviso pubblico, nonché per l'utilizzo della relativa graduatoria, ed avverrà presso l'amministrazione da parte di personale autorizzato nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

IL DIRETTORE U.O.C D.A.T.

f.to Dott. Massimiliano Carpineti

II DIRETTORE SOCIO-SANITARIO

f.to Dr. Massimiliano Cannas

Il Responsabile del procedimento
La Segreteria del Comitato Zonale



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE MACERATA

TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2° trimestre 2026

Presentazione delle domande: dal 01 al 15 GIUGNO 2026

Branca	Ore settimanali	Tipo di incarico
DERMATOLOGIA	<u>n. 9 ore</u> Martedì 8.30-12.30 Sarnano / San Ginesio (accessi alternati) Sabato 8-13 Poliambulatorio di Macerata <i>Frazionabile per seduta</i>	Tempo indeterminato
ENDOCRINOLOGIA	<u>n. 24 ore</u> da svolgere presso il Poliambulatorio di Civitanova Marche con articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Civitanova Marche	Tempo indeterminato
GERIATRIA	<u>n. 6 ore</u> Sede e articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino <i>Turno unico</i>	Tempo indeterminato
NEUROLOGIA	<u>n. 10 ore</u> Lunedì 8-13 Poliambulatorio di Macerata Venerdì 8-13 Poliambulatorio di Macerata <i>Ore destinate all'attività del CDCD</i> <i>Turno unico</i>	Tempo indeterminato
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	<u>n. 20 ore</u> da svolgere presso il Poliambulatorio di Potenza Picena con articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Civitanova Marche	Tempo indeterminato
OCULISTICA	<u>n. 82 ore</u> Lunedì 8 - 13 Poliambulatorio di Trodica Lunedì 15 - 18 Poliambulatorio di Civitanova Marche Lunedì 15-18 Poliambulatorio di Potenza Picena Lunedì 14.30-18.30 Poliambulatorio di Macerata Martedì 8-13.30 Poliambulatorio di Macerata Martedì 14 - 18 Poliambulatorio di Tolentino Mercoledì 8 - 13 Poliambulatorio di Tolentino Mercoledì 8 - 14 Poliambulatorio di Macerata Mercoledì 8-13 Ospedale di Comunità di Recanati Mercoledì 15-18 Ospedale di Comunità di Recanati Mercoledì 14.30-17.30 Poliambulatorio di Macerata Giovedì 8-13 Poliambulatorio di Potenza Picena Giovedì 8 - 13 Poliambulatorio di Macerata Giovedì 9 - 13 Poliambulatorio di Treia Giovedì 8 - 13 Poliambulatorio di Trodica Giovedì 14-18 Poliambulatorio di Tolentino Venerdì 9 - 13 Poliambulatorio Sarnano	Tempo indeterminato



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

	<p>Venerdì 8-13.30 Poliambulatorio di Macerata Sabato 8 -11Poliambulatorio di Civitanova Marche</p> <p><i>Frazionabile per seduta</i></p> <p><u>n. 13 ore*</u></p> <p>da svolgere presso i poliambulatori di Camerino, Matelica e San Severino Marche con articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino</p> <p><i>*Ore subordinate all'esito delle procedure art. 20 ACN/2026</i></p>	
ODONTOIATRIA	<p><u>n. 5 ore</u></p> <p>Mercoledì 08:00 - 13:00 (di cui n. 2 ore riservate ad attività protesica) Poliambulatori odi Camerino</p> <p><i>Turno unico</i></p> <p><i>Turno subordinato all'esito delle procedure art. 20 ACN/2026</i></p>	Tempo indeterminato
ORL	<p><u>n. 34 ore</u></p> <p>Lunedì 8-14 Poliambulatorio di Tolentino* Martedì 8-13 Poliambulatorio di Civitanova Marche* Martedì 15-18 Poliambulatorio di Civitanova Marche* Mercoledì 8:30-12:30 Poliambulatorio di Sarnano* Giovedì 8-14 Poliambulatorio di San Severino Marche* Giovedì 13:30-18:30 Poliambulatorio di Tolentino* Sabato 8-13 Poliambulatorio di Civitanova Marche*</p> <p><i>Frazionabile per seduta</i></p> <p><i>*Turni subordinati all'esito delle procedure art. 20 ACN/2026</i></p>	Tempo indeterminato
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	<p><u>n. 5 ore</u></p> <p>Lunedì 8-13 Consultorio di Macerata (<i>Riservata ad attività ecografica</i>)</p> <p><i>Turno unico</i></p> <p><u>n. 5,30 ore</u></p> <p>da svolgere presso il Poliambulatorio di Matelica con giornata ed articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino*</p> <p><i>Turno unico</i></p> <p><i>*Turno subordinato all'esito delle procedure art. 20 ACN/2026</i></p>	Tempo indeterminato
PEDIATRIA	<p><u>n. 9,30 ore</u></p> <p>Frazionabili per seduta di almeno 4 ore da svolgere presso il Poliambulatorio di San Severino Marche e ambulatorio di Visso con articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Camerino.</p> <p><u>n. 1,30 ore</u></p> <p>Da svolgere presso le strutture sanitarie del Distretto di Macerata</p> <p>(Sede e articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Macerata)</p> <p><i>Turno unico</i></p>	Tempo indeterminato
PSICHIATRIA	<p><u>n. 30 ore</u></p> <p>Articolazione oraria e sedi da definire con il Direttore del Distretto di Macerata</p> <p><i>Turno unico</i></p>	Tempo indeterminato



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

RADIOLOGIA	<p style="text-align: center;"><u>n. 12 ore*</u></p> da svolgere presso il poliambulatorio di Civitanova Marche con articolazione oraria da concordare con il Direttore del Distretto di Civitanova Marche <i>Ore dedicate esclusivamente ad attività ecografica.</i> <i>*Ore subordinate all'esito delle procedure art. 20 ACN/2026</i>	Tempo indeterminato
CARDIOLOGIA	<p style="text-align: center;"><u>n. 10 ore</u></p> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 4 mesi
DERMATOLOGIA	<p style="text-align: center;"><u>n. 10 ore</u></p> 10 ore presso Distretto di Macerata <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i> <i>(Articolazione oraria da concordare con i Direttori di Distretto)</i>	Tempo determinato 4 mesi
NEUROLOGIA	<p style="text-align: center;"><u>n. 5 ore</u></p> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi
O.R.L.	<p style="text-align: center;"><u>n. 5 ore</u></p> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi
OCULISTICA	<p style="text-align: center;"><u>n. 15 ore</u></p> presso AST MC <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 4 mesi
RADIOLOGIA	<p style="text-align: center;"><u>n. 5 ore</u></p> presso AST MC <i>Attività destinata alle mammografie + ECO</i> <i>Recupero e miglioramento liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</i>	Tempo determinato 3 mesi
PSICOTERAPIA (riservato a laureati in Psicologia)	<p style="text-align: center;"><u>n. 10 ore</u></p> eventualmente frazionabili in più incarichi, Articolazione oraria da concordare con il Responsabile del Consultorio per la conclusione del progetto "Spazio Giovani-Adolescenza: corpo-emozioni-relazioni-trasformazioni" da svolgere presso il Consultorio Familiare di Civitanova Marche (Determina del D.G. n. 285 del 20/05/2025)	Tempo determinato 2,5 mesi
PSICOTERAPIA (riservato a laureati in Psicologia)	<p style="text-align: center;"><u>n. 30 ore</u></p> da svolgere presso il Consultorio di Tolentino con articolazione oraria da concordare con il Responsabile del Consultorio per l'esecuzione del progetto "Richiesta di psicologo-psicoterapeuta presso AST-MC, Distretto di Macerata – sede Consultorio di Tolentino per almeno 30 ore sett.li" (Determina del D.G. n. 288 del 29/05/2026) <i>Turno unico</i>	Tempo determinato 6 mesi



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

**MED. VETERINARIA
IGIENE DEGLI
ALLEVAMENTI E
PRODUZIONI
ZOOTECNICHE
(AREA C)**

n. 30 ore

n. 1 incarico per 30 ore settimanali (5 ore al giorno per 6 giorni/settimana) per l'esecuzione progetto "Supporto specialistico al miglioramento dei requisiti igienico-sanitari negli allevamenti lattiero-caseari dell'AST di Macerata ai fini della tutela della salute umana" (Determina del D.G. n. 243 del 13/05/2026)

**Tempo
determinato 6
mesi**



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibaldi, 31/L
62100 PIEDIRIPA DI MACERATA
ast.macerata@emarche.it

**Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo indeterminato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(ART. 21 ACN/2026)**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in via _____
cittadinanza _____
in possesso del diploma di laurea in _____
conseguito il _____ presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____
conseguita il _____ presso _____
Tel. _____
PEC _____
E-mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per i turni di seguito indicati e pubblicati dall'Ast di Macerata, nel _____ trimestre 2026

(in caso di più turni, indicare l'ordine di preferenza)

n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____
n. ore _____ branca di _____ presso _____

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

A tal fine dichiara di essere

- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di Macerata presso il Distretto di _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ (Art. 21, comma 6, lett. a). **Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.**
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di _____ della Regione Marche o nella Azienda Sanitaria di _____ della Regione confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi INAIL/INPS/SANS della Regione o di altra Regione confinante (Art. 21, comma 6, lett. b). **Dichiaro di essere disponibile a interrompere n. _____ ore svolte presso _____ per rientrare nel massimale orario.**
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Azienda Sanitaria di _____ o nella sede provinciale INAIL/INPS/SANS di _____ della Regione non confinante _____, per n. ore _____, con anzianità d'incarico dal _____ e richiede di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 21, comma 6, lett. c);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca diversa _____ presso _____ dal _____ per n. ore _____, e chiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico (Art. 21, comma 6, lett. d);
- titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN/2026 nella branca _____ per n. ore _____ presso _____ dal _____ e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 21, comma 6, lett. e);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Ast di Macerata che svolga la seguente attività compatibile _____ e nel rispetto del massimale orario (Art. 21, comma 6, lett. f);
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa _____ per n. ore _____, limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN/2026 (Art. 21, comma 6, lett. g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'Ast di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 21, comma 6, lett. h) (l'accettazione dell'incarico comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso);

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 0733 823474 0733 2572698 0737 639261 E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it Pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	---

- specialista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN/2024 (Art. 21, comma 6, lett. i);
- titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di:
 - medico di medicina generale, medico pediatra di libera scelta, medico dipendente del SSN presso _____, dal _____, disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro (Art. 21, comma 6, lett. j);

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti _____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

**U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale**

**Direttore
Dott. Massimiliano Carpineti**

Recapiti
Tel. 0733 823474 | 0733 2572698 | 0737 639261
E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it
Pec: ast.macerata@emarche.it

ALL'AST MACERATA
U.O.C. DIREZIONE AMM.VA TERRITORIALE
Via Annibali, 31/L
62100 PIEDIRIPA DI MACERATA
ast.macerata@emarche.it

Dichiarazione disponibilità turni vacanti a tempo determinato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(ART. 22 ACN/2026)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente a _____ CAP _____ in via _____
cittadinanza _____
in possesso del diploma di laurea in _____
conseguito il _____ presso _____
iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
in possesso di specializzazione in _____
conseguita il _____ presso _____
Tel. _____
PEC _____
E-mail _____

Dichiara la propria disponibilità

al conferimento di incarico per n. _____ ore pubblicate nella branca di _____
a tempo determinato, disponibili nel ___ trimestre 2026 presso
l'AST di Macerata,

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"

A tal fine dichiara di essere

- Specialista/Veterinario/Psicoterapeuta iscritto nelle rispettive graduatorie della Medicina Specialistica Ambulatoriale dell'AST di Macerata, in corso di validità, per la branca _____ nella posizione n. _____ (Art. 22, comma 2 e 3);
- Specialista/Veterinario/Psicoterapeuta non iscritto nelle rispettive graduatorie della Medicina Specialistica Ambulatoriale dell'AST di Macerata ed in possesso dei requisiti previsti dall'ACN (Art. 22, comma 3).

	<p>Servizio Sanitario Nazionale Regione Marche</p> <p>Azienda Sanitaria Territoriale di Macerata</p>	<p>U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale</p> <p>Direttore Dott. Massimiliano Carpineti</p> <p>Recapiti Tel. 0733 823474 0733 2572698 0737 639261 E-mail: territorio.ast.mc@sanita.marche.it Pec: ast.macerata@emarche.it</p>
---	---	---

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità** e per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza, allega i seguenti documenti_____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. N. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(data)

(firma)