





FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA  
VALEVOLE PER L'ANNO 2018

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Dott. .... Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., 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,

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. **Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8 - comma 1 - del D.L.vo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (punti 0,60 per mese di attività)\***

dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

2. **Attività di sostituzione di specialista pediatra di libera scelta convenzionato per attività sindacale (punti 0,60 per mese ragguagliato a 96 ore/m di attività)\*;**

dal .....	al .....	h. .... medico .....	A.S.L. .... Prov. ....
dal .....	al .....	h. .... medico .....	A.S.L. .... Prov. ....
dal .....	al .....	h. .... medico .....	A.S.L. .... Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

3. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato, o di sostituto (punti 0,10 per mese di attività)\***

dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

4. **Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva, come riportato nell'Allegato A (punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore/m di attività)**

5. **Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni e dalle UU.SS.LL. (punti 0,10 per mese di attività)\***

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ dal ..... al .....  
A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ dal ..... al .....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

6. **Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della Legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del D.M. 1° settembre 1988, n. 430 (punti 0.10 per mese di attività)\***

*N.B.: Il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione certificata, in lingua italiana, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.*

*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) è necessario allegare copia di detto provvedimento.*

dal ..... al ..... presso .....  
dal ..... al ..... presso .....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

7. **Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (punti 0,05 per mese di attività)\***

A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
A.S.L. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
E.O. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
E.O. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
E.O. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
E.O. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....  
E.O. .... Prov. .... dal ..... al ..... gg.....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'indirizzo di cui alla presente domanda l'eventuale incarico a tempo indeterminato che gli verrà assegnato ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Libera Scelta nella Regione Liguria o in altre Regioni.

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)**

Data .....

Firma per esteso (2) .....

(1) Ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., 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.

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2018;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, il medico non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e sul sito internet all'indirizzo [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it) nella sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatoria regionali MG e PLS";
5. L'art. 7 del citato D.Lgs. conferisce al medico 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 intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Personale del Servizio Sanitario Regionale.

Data: \_\_\_\_\_ Firma per presa visione e accettazione \_\_\_\_\_

Dott. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

SERVIZIO di MEDICINA DEI SERVIZI \* : tipo attività: \_\_\_\_\_  
 svolta a tempo indeterminato presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

Anno.....  
 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 \_\_\_\_\_  
 Totale ore effettuate \_\_\_\_\_

Anno.....  
 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 \_\_\_\_\_  
 Totale ore effettuate \_\_\_\_\_

\* *per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto*

SERVIZIO di GUARDIA MEDICA/CONTINUITA' ASSISTENZIALE svolta in forma attiva \*

presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

Anno.....  
 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 \_\_\_\_\_  
 Totale ore effettuate \_\_\_\_\_

Anno.....  
 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 \_\_\_\_\_  
 Totale ore effettuate \_\_\_\_\_

\* *per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto*

**SERVIZIO di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE svolta in forma attiva \***

presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

Anno.....

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 _____
<b>Totale ore effettuate</b> _____							

Anno.....

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 _____
<b>Totale ore effettuate</b> _____							

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

Data \_\_\_\_\_

Firma (1) \_\_\_\_\_

(1) *Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., le sottoscrizioni delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore.*

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI  
LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO 2018**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto Dr..... nato a .....(prov.....) il.....  
residente a.....(prov. ....) via.....

**Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., 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, (1)**

**DICHIARA**

Che le fotocopie dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto o depositati presso terzi :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Data.....**

**Firma(2) .....**

*(1) A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.*

*(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., le sottoscrizioni delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore.*

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO 2018**

ai sensi artt. 15 e 16 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 29/07/2009

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**  
(da conservare da parte del medico)

*I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta della Liguria, valevole per l'anno 2018, devono presentare domanda (utilizzando il modello allegato) **in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo** (attualmente € 16,00 salvo variazioni normative) entro e non oltre il **31 gennaio 2017**.*

*La spedizione della domanda, tramite servizio postale con plico raccomandato, deve essere fatta al seguente indirizzo: **Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Personale del Servizio Sanitario Regionale – Via Fieschi 15 – 16121 Genova**.*

***La domanda può anche essere recapitata a mano all'Ufficio Protocollo della Regione Liguria - Via Fieschi 15 – Genova, dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.30 e il venerdì dalle 09.00 alle 13.00.***

*Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'Ufficio Protocollo se consegnata a mano. La ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale e la fotocopia del frontespizio della domanda se consegnata a mano, saranno gli unici documenti atti a comprovare l'avvenuto recapito della domanda. Si raccomanda di conservare fotocopia della domanda e allegati presentati annualmente all'Amministrazione regionale quale promemoria per l'eventuale verifica del punteggio attribuito dalla Regione e per non ripetere nelle domande successive quanto già dichiarato.*

*I pediatri già titolari di incarico di pediatria convenzionata a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/7/2009), e possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.*

*Alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2017), gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:*

- **Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia**
- **Iscrizione all'Albo Professionale**
- **Diploma di specializzazione in una delle seguenti discipline: pediatria, clinica pediatrica, pediatria e puericultura, patologia clinica pediatrica, patologia neonatale, neonatologia; pediatria preventiva e puericultura, pediatria sociale e puericultura.**

*I titoli accademici e di servizio devono essere prodotti mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (artt. 46 e 47 DPR 445/2000 e ss.mm.ii.- pagg. 2 e 3 della modulistica) o mediante presentazione di fotocopia semplice unitamente a dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (artt. 19 e 47 DPR 445/2000 e ss.mm.ii. - pag. 7 della modulistica).*

*Si ricorda che, a far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dalle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.*

*Per accelerare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il pediatra può integrare la stessa allegando copia fotostatica, non autenticata, dei certificati di servizio di cui è eventualmente in possesso.*

La modulistica è unica e può essere usata sia per presentare la domanda di primo inserimento che per l'integrazione annuale del punteggio, barrando la relativa voce "primo inserimento" o "integrazione dei titoli per l'aggiornamento del punteggio".

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria, sono valutabili solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del **31.12.2016**.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile. Non saranno valutati i titoli e le attività di servizio non previsti dall'A.C.N. (art. 16), né quelli dichiarati in maniera incompleta o incomprensibile. L'omessa sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la mancanza di fotocopia di documento di identità in corso di validità, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2016, comportano l'esclusione della domanda.

**E' compito del medico informare tempestivamente le A.S.L. di interesse e la Regione circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici.**

La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale è valida fino a revoca da parte del pediatra.

Ai sensi dell'art. 33 comma 8, dell'A.C.N., è cancellato dalla graduatoria regionale il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34 comma 1.

I medici che intendono iscriversi **sia alla graduatoria di pediatria di libera scelta che alla graduatoria di medicina generale** devono utilizzare la relativa modulistica e inviare le domande in buste separate.

**Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito istituzionale [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it) – nella sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatorie regionali MG e PLS".**

Si ricorda che, ai sensi dell'A.C.N., la Regione pubblica le graduatorie provvisorie nel B.U.R.L. e sul sito istituzionale; nei 30 giorni successivi il medico, verificata la propria posizione, può presentare istanza di riesame in carta libera, via PEC o raccomandata A/R.

**AVVERTENZA IMPORTANTE PER L'INVIO DI PEC:**

Qualora i messaggi Pec trasmessi presentino caratteristiche non conformi a quelle di cui al Regolamento regionale 2/2010, al mittente è inviato un **messaggio di non accettazione**. In tal caso sarà necessario ripetere l'invio in maniera corretta e accertarsi dell'avvenuta ricezione da parte della Regione. Per approfondimenti, si raccomanda di consultare il link seguente:

<http://www.regione.liguria.it/sep-servizi-online/catalogo-servizi-online/comunicazione/pec.html>

Per ulteriori informazioni è possibile contattare i nr. telefonici: 010 5484843 – 010 5485091 o scrivere alla mail: [marcella.quintaba@regione.liguria.it](mailto:marcella.quintaba@regione.liguria.it)

=====