



Cl. 1.4.02

### **AVVISO PUBBLICO**

#### **per la predisposizione di un Elenco di Medici disponibili all'attribuzione di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione estiva anno 2022.**

Questa ATS intende predisporre un elenco di medici disponibili all'attribuzione di incarichi a tempo determinato per il Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione estiva 2022, che verrà attivato nelle località lacustri del Lago d'Idro, Lago di Iseo e Lago di Garda.

L'Avviso è rivolto a Medici di Medicina Generale (art. 32 comma 2 del vigente ACN) e a Medici di Continuità Assistenziale, fermo restando la compatibilità oraria, sulla base di quanto richiesto dal servizio, e a tutti i medici abilitati e iscritti all'ordine.

Costituiscono requisito per l'accesso all'incarico in argomento:

- Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Abilitazione all'esercizio della professione medica;
- Iscrizione all'Ordine dei Medici;

La partecipazione all'Avviso comporta l'inserimento in un elenco di medici disponibili, predisposto con il seguente ordine di priorità:

- 1 Medici di Medicina Generale inseriti nell'ambito territoriale sede di postazione del Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica** (art. 32 c.2 del vigente ACN), in ordine di minore anzianità di laurea;
- 2 Medici di Continuità Assistenziale convenzionati con questa ATS e operanti nell'ambito territoriale sede di postazione del Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica** in ordine di minore anzianità di laurea;
- 3 Medici inseriti in graduatoria di Regione Lombardia per la Medicina Generale anno 2022, nel settore della Continuità Assistenziale**, ordinati secondo la posizione nella graduatoria, con priorità per i medici residenti nel territorio dell'ATS (articolo 70, comma 4 del vigente ACN);
- 4 Medici non inseriti in graduatoria di Regione Lombardia per la Medicina Generale anno 2022 nel settore della Continuità Assistenziale che hanno conseguito attestato scuola formazione**, ordinati in base alla minore età alla data di conseguimento dell'attestato;
- 5 Medici non inseriti in graduatoria di Regione Lombardia per la Medicina Generale anno 2022 nel settore della Continuità Assistenziale**, che non hanno conseguito attestato scuola formazione e non frequentanti il corso di formazione nell'anno in corso, con il seguente ordine di priorità:

1. Data di arrivo del Modulo di comunicazione di disponibilità;
2. Residenti nel territorio di ATS Brescia;
3. Minore età al conseguimento del diploma di laurea;
4. Voto di laurea (verrà preso in considerazione esclusivamente in situazioni di pari posizione rispetto ai punti precedenti).

L'accettazione dell'incarico a tempo determinato implica l'applicazione delle norme dettate dal vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale e vincola il Medico accettante al rispetto delle stesse.

Ai Medici incaricati verrà riconosciuto il trattamento economico previsto dal vigente A.C.N. della Medicina Generale.

L'elenco, conservato agli atti del Dipartimento Cure Primarie, avrà validità fino al 30.09.2022 e verrà utilizzato secondo le necessità dell'Agenzia di Tutela della Salute.

Qualora emergano dichiarazioni non veritiere rese dai partecipanti all'Avviso, ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, gli stessi decadono dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

### **Sedi di espletamento del Servizio**

Il Servizio si svolgerà nella fascia oraria diurna e, salvo diverse determinazioni regionali, presso le sedi di Tignale, Tremosine, Toscolano Maderno, Salò, Gargnano, Desenzano del Garda, Sirmione, Manerba del Garda, Bagolino (Fraz. Ponte Caffaro), Iseo e Zone, individuate nelle località lacustri dei laghi di Garda, Iseo e Idro.

### **Modulo di partecipazione e modalità di presentazione**

Per la partecipazione all'avviso gli aspiranti devono presentare, secondo le modalità indicate, il Modulo *per l'inserimento nell'Elenco dei medici disponibili all'eventuale attribuzione di incarico a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica - stagione estiva 2022* allegato all'avviso, completo della relativa marca da bollo.

Il Modulo dovrà essere compilato utilizzando il modello allegato, trasmesso **esclusivamente** a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo PEC [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it) entro e non oltre il 15.05.2022.

Il possesso della PEC personale è requisito indispensabile per le reciproche comunicazioni.

E' onere del Medico verificare la regolarità dell'invio degli allegati della PEC personale. E' altresì onere del Medico verificare l'esatta e completa indicazione dei dati richiesti nel Modulo. Si informa che la PEC priva di documenti allegati non verrà considerata.

L'Agenzia declina fin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dovute a inesatte indicazioni del recapito PEC personale da parte dell'istante oppure a mancata o ritardata comunicazione del cambiamento dello stesso o per eventuali disguidi postali non imputabili all'amministrazione stessa

L'Agenzia si riserva il diritto di prorogare i termini, sospendere, modificare o annullare il presente avviso, a suo insindacabile giudizio, senza obbligo di comunicarne i motivi, anche in relazione agli esiti della procedura ex articoli 34 e 34-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Il presente avviso è pubblicato sul sito web dell'A.T.S. di Brescia ([www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)) nella sezione "Pubblicità Legale" - Altri Documenti.

Lo stesso avviso, unitamente alla modulistica da utilizzare per la formulazione della disponibilità verrà anche pubblicato, a titolo di pubblicità notizia sul sito internet dell'Agenzia [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) nella sezione > *Amministrazione Trasparente* > a partire dalla data di emissione dell'avviso.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al Dipartimento Cure Primarie dell'ATS di Brescia - Telefono 030/383.9244 dalle ore 10,00 alle ore 12,00, e-mail: [CurePrimarie@ats-brescia.it](mailto:CurePrimarie@ats-brescia.it).

Firmato digitalmente  
IL DIRETTORE  
SERVIZIO GOVERNO CURE PRIMARIE  
Dott.ssa Elena Belli

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

Allegato all'Avviso Pubblico

Imposta di bollo  
€ 16,00

Al Direttore Generale  
dell'ATS Brescia  
Viale Duca degli Abruzzi n. 15  
25124 - BRESCIA (BS)

**Trasmissione via PEC**  
[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Oggetto: Modulo per l'inserimento nell'Elenco di medici disponibili all'eventuale attribuzione di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione estiva 2022.**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

E-mail PEC \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### COMUNICA

la propria disponibilità a svolgere incarichi tempo determinato per il Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione 2022.

A tale fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P. R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

- di essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_(gg/mm/aa);
- voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione dalla data \_\_\_\_\_(gg/mm/aa);

### DICHIARA

di essere consapevole che il proprio nominativo verrà inserito in un elenco di medici disponibili da contattare per incarichi a tempo determinato il Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica di ATS Brescia – stagione 2022.

### D I C H I A R A

*(barrare solo la casella di interesse)*

di essere inserito nell'ambito territoriale di Assistenza Primaria, sede di postazione del Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica, composto dai Comuni \_\_\_\_\_ come Medico di Medicina Generale;

#### **oppure**

di essere incaricato nel Servizio di Continuità Assistenziale di ATS Brescia, ambito territoriale sede di postazione del Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica, presso la postazione di \_\_\_\_\_;

#### **oppure**

di essere inserito nella graduatoria di Regione Lombardia di Medicina Generale anno 2022, nel settore Continuità Assistenziale, nella seguente posizione \_\_\_\_\_;

#### **oppure**

di non essere inserito nella graduatoria di Regione Lombardia di Medicina Generale, anno 2022, nel settore Continuità Assistenziale e che hanno conseguito attestato di scuola di formazione specifica in Medicina Generale in data \_\_\_\_\_(gg/mm/aa)

#### **oppure**

di non essere inserito nella graduatoria di Regione Lombardia di Medicina Generale, anno 2022, nel settore Continuità Assistenziale e di non aver conseguito attestato scuola formazione specifica in Medicina Generale e di non frequentare il corso di formazione nell'anno in corso.

N.B.: Fermo restando quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, qualora dal controllo di cui all'art. 71 del medesimo decreto emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

N.B. Allegare fotocopia documento di identità e dichiarazione informativa Medicina Generale - Allegato L

Luogo e data \_\_\_\_\_

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

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA MEDICINA GENERALE – ALLEGATO L**

**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio, di cui all'Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009)**

Il sottoscritto Dott.....

nato a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei..... della Provincia di....., ai

sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

**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 .....Azienda .....

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  
Periodo: dal .....

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

Azienda ..... branca..... ore sett  
..... Azienda..... branca..... ore  
sett.....

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'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:  
 Azienda.....Via.....  
 Tipo di attività .....  
 Periodo: dal .....
7. 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.....  
 Azienda..... ore sett..... in forma attiva -in forma di disponibilità (1)
8. essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 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.L.vo n. 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 (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 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 della 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 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 altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)  
.....  
.....  
Periodo: dal .....

17. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)  
Azienda ..... Comune .....  
ore sett..... 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 di .....  
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 \_\_\_\_\_

(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"

## **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'ATS di Brescia.

### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ATS di Brescia legalmente rappresentata dal Direttore Generale, con sede in Viale Duca degli Abruzzi n. 15 Brescia.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa a cui Lei si rivolgerà.

### **Responsabile della protezione dei dati (RPD)/Data Protection Officer (DPO)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati (o Data Protection Officer) può essere contattato utilizzando i seguenti recapiti istituzionali indicati sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia ([Privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:Privacy.RPD@ats-brescia.it) o [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)).

### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione dell'elenco di medici disponibili all'eventuale attribuzione di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione estiva 2022.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/ 679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul sito aziendale nell'apposita sezione.

### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### **Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al Titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno

essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'ATS di Brescia.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

- esprimo il consenso**     **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.
- esprimo il consenso**     **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO**  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – D.M. 10 novembre 2011)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 10.11.2011 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

**DICHIARA**

**che la marca da bollo n° \_\_\_\_\_**, opportunamente annullata, è stata apposta sull'originale della domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico per la predisposizione della Graduatoria Aziendale di Medici disponibili all'attribuzione di incarichi a tempo determinato nel Servizio di Assistenza Sanitaria Stagionale Turistica – stagione estiva 2022, inviata tramite PEC, custodito dal sottoscritto (con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso il seguente indirizzo:

Località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Contrassegno Elettronico



**TIPO CONTRASSEGNO** QR Code

**IMPRONTA DOC** 1FA897793B9732B74D9DA52839F4054DD1AA4058F3B185AB32472A91D7A4015B

### Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: ELENA BELLI

### Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Numero Protocollo 0048431/22

Data Protocollo 27/04/2022

Primo Destinatario (Comp.) SERVIZIO AFFARI GENERALI E LEGALI

Oggetto AVVISO PUBBLICO PER LA PREDISPOSIZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI DISPONIBILI ALL'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO NEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA STAGIONALE TURISTICA - STAGIONE ESTIVA ANNO 2022.

### Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

**URL** <https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

**IDENTIFICATIVO** AT SBS-ID0AL-410835

**PASSWORD** k5cEL

**DATA SCADENZA** Senza scadenza

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

**Scansiona il codice a lato per verificare il documento**

