

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009
Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 21 giugno 2018

CONVOCAZIONE DEI MEDICI INSERITI NELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DEI MEDICI INSERITI NELLE GRADUATORIE PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO LE AA.SS.LL. DELLA REGIONE LIGURIA - ANNO 2019, DI CUI AGLI AVVISI PUBBLICATI SUL SITO DELLA REGIONE LIGURIA E SUL SITO DELLA SISAC AI SENSI DELL'ART. 34 COMMA 17 E AI SENSI DELL'ART. 63 COMMA 15 DELL'ACN MMG 21/06/2018.

Si pubblicano di seguito le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e le graduatorie definitive dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale - anno 2019 - approvate dalla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria, di cui agli avvisi pubblicati, ai sensi dell'art. 34 comma 17 e dell'art. 63 comma 15 dell'ACN MMG 21/06/2018, sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 3 settembre 2019.

I medici inseriti nelle suddette graduatorie sono convocati il giorno

MERCOLEDI' 27 NOVEMBRE 2019

presso la sede della Regione Liguria in Genova – Via Fieschi n. 15 – piano terra - SALA CRISTOFORO COLOMBO, alle procedure di assegnazione come di seguito indicato:

ORE 10.00: PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

ORE 11.30: PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La presente comunicazione costituisce a tutti gli effetti convocazione ufficiale dei medici inseriti nelle suddette graduatorie ai fini dell'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale.

I signori medici dovranno presentarsi alla procedura di assegnazione di proprio interesse, nel rispetto della massima puntualità, muniti di valido documento di riconoscimento e di autocertificazione informativa "L" debitamente compilata, allegata alla presente comunicazione in formato scaricabile.

Per entrambe le procedure, l'interpello dei medici avverrà secondo il seguente ordine:

- 1°) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera a) - **medici iscritti nelle graduatorie di medicina generale di altre Regioni e Province Autonome valevoli per l'anno 2019;**
- 2°) medici inseriti nella graduatoria di cui alla lettera b) - **medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente.**

L'assegnazione ai medici degli incarichi avverrà secondo l'ordine di posizione nelle rispettive graduatorie, tenuto conto delle priorità che verranno espresse.

INDICAZIONI PER I MEDICI OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILITATI A PRESENTARSI ALLA CONVOCAZIONE

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi **potrà dichiarare** alla ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria la **propria disponibilità all'accettazione dell'incarico** con l'indicazione dell'ordine di priorità degli incarichi vacanti per i quali ha presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Tale **dichiarazione** dovrà essere formulata utilizzando la modulistica resa disponibile con la presente pubblicazione (modulo per dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria, modulo per dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di continuità assistenziale e autocertificazione informativa L) **corredata da fotocopia di un valido documento di identità.**

La dichiarazione dovrà essere trasmessa esclusivamente per posta elettronica certificata (PEC), all'indirizzo protocollo@pec.asl3.liguria.it, a partire dal 15 novembre 2019 e fino alle ore 14.00 del 26 novembre 2019 (farà fede l'avviso di consegna della PEC).

La mancata indicazione delle priorità nella dichiarazione di disponibilità all'accettazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione. Non verranno presi in considerazione incarichi vacanti che non siano stati indicati nella domanda di partecipazione.

Il medico che partecipa all'assegnazione di incarico sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale deve trasmettere, con PEC separate, ciascuna delle dichiarazioni di disponibilità all'accettazione di incarico, utilizzando la modulistica relativa con a corredo la documentazione richiesta.

La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato, sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione di incarico.

Riferimenti telefonici per informazioni ulteriori:

- ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria – SSD Gestione Reti medici convenzionati aziendali – tel. 0108496673.
- Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Rapporti di lavoro e contratti del personale dipendente e convenzionato del SSR – tel. 0105485091.

Si allegano di seguito, in formato scaricabile:

- **Le graduatorie definitive** dei medici partecipanti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di **assistenza primaria**;
- **Le graduatorie definitive** dei medici partecipanti all'assegnazione degli incarichi vacanti di **continuità assistenziale**;
- **Il modulo di dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria** per i medici che fossero impossibilitati a presentarsi alla procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, da inviarsi all'indirizzo PEC della ASL 3 inderogabilmente **a partire dal 15 novembre 2019 e fino alle ore 14.00 del 26 novembre 2019**;
- **Il modulo di dichiarazione di disponibilità all'accettazione incarico di continuità assistenziale** per i medici che fossero impossibilitati a presentarsi alla procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, da inviarsi all'indirizzo PEC della ASL 3 inderogabilmente **a partire dal 15 novembre 2019 e fino alle ore 14.00 del 26 novembre 2019**;
- **l'autocertificazione informativa L.**

Pubblicazione sul sito di ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria:

in data 11 novembre 2019 Prot. n. 156109

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di assistenza primaria
a tempo indeterminato – procedura art. 34 comma 17 ACN MMG 21/06/2018**

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. ____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. ____ Via _____ n. ____ cap _____ tel/cell _____
_____, indirizzo di PEC _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a presentarsi **mercoledì 27 novembre 2019, alle ore 10:00**, alla **procedura di assegnazione** degli ambiti territoriali carenti di **Assistenza Primaria**, di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 3 settembre 2019 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria, secondo il seguente ordine di priorità tra gli ambiti carenti indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della lettera a) lettera b) dell'avviso

<i><u>(riportare la/le ASL e per ciascuna il n. di codice identificativo degli ambiti carenti per i quali ha presentato domanda di partecipazione)</u></i>						
Azienda	Codici identificativi					
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.
ASL __	n.	n.	n.	n.	n.	n.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione delle seguenti condizioni:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione;

- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

l'indirizzo di PEC

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____
provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

modello L "dichiarazione informativa"

fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data _____

firma per esteso _____⁽¹⁾

(1) 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.

**Dichiarazione di disponibilità all'accettazione di incarico di continuità
assistenziale a tempo indeterminato – procedura art. 63 comma 15 ACN MMG
21/06/2018**

Spett.le
ASL 3 Sistema Sanitario Regione Liguria
SSD Gestione Reti Medici Convenzionati aziendali
PEC: protocollo@pec.asl3.liguria.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. ____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. ____ Via _____ n. _____ cap _____ tel/cell _____
_____, indirizzo di PEC _____

comunica di essere oggettivamente impossibilitato/a a presentarsi **mercoledì 27 novembre 2019, alle ore 11:30**, alla **procedura di assegnazione degli incarichi di Continuità Assistenziale** di cui all'avviso pubblicato sul sito della Regione Liguria e sul sito della SISAC in data 3 settembre 2019 e, pertanto, secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 21/06/2018,

DICHIARA

la propria disponibilità all'accettazione di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale, secondo il seguente ordine di priorità tra gli incarichi indicati nella domanda di partecipazione, presentata ai sensi della lettera a) lettera b) dell'avviso

Azienda	Ordine di priorità assegnazione incarico di continuità assistenziale
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.
ASL __	n.
	n.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione delle seguenti condizioni:

- gli/le sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli sopra indicati;
- la mancata indicazione delle priorità nella presente dichiarazione comporterà l'assegnazione del primo incarico disponibile secondo l'ordine riportato nella domanda di partecipazione;

- non verranno presi in considerazione eventuali incarichi vacanti indicati nella presente dichiarazione non menzionati nella domanda di partecipazione.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

- l'indirizzo di PEC
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____
provincia _____ Via/Piazza _____ n. civico _____

Allega alla presente:

- modello L "dichiarazione informativa"
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) 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.

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009

Allegato L

AUTOCERTIFICAZIONE 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,

dichiara formalmente di:

1) essere / non essere 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 (1):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

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

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

6) avere / non avere 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 titolare di incarico di **continuità assistenziale** o di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Liguria o in altra Regione: (1)
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva
/ in forma di disponibilità
Periodo: dal _____

8) essere / non essere iscritto a 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. L.gs 368/99:
Denominazione del corso : _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

8 bis) di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, in data _____ presso la Regione _____.

9) operare/ non operare 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 502/92 e successive modificazioni:(1)
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 (1) :
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** (1) 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 per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1)
Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

14) essere/ non essere 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: (1) _____

15) fruire/ non fruire 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 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 titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato:
Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____
tipo di attività : _____
Periodo: dal _____

18) operare/ non operare 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 di trattamento di pensione a: (1)

Periodo: dal _____

20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(1)
soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____
Pensionato dal _____

21) avere/non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____

22) 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):

23) 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 di documento di identità

Firma apportata alla presenza di: _____

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

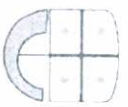
(2) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente della P.A. addetto, ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

S.S.D. GESTIONE RETE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALI

ALLEGATO "A" - Zone carenanti di Assistenza Primaria di cui alla procedura SISAC (art. 34 comma 17 ACN 29/07/2009 come modificato dall'art. 5 dell' ACN 21/06/2018).

Graduatoria

N.	Cognome e Nome	punti G.R.	attestato	data di laurea	data di nascita	mesi	voto di laurea	Zona carenante scelta	Residenza
1	TRUGLIO Salvatore	24,7 (Regione Sicilia)	/	11/11/1985	16/05/1958		100/110	S. Stefano al Mare, Ranzo, S. Lorenzo al Mare, Ventimiglia, Albenga, Dego, Celle Ligure, Quiliano, Mignanego, Bargagli, Mezzanego, La Spezia, Sarzana, Luni, Ameglia, Arcola, Bolano.	
2	KAISER Fabio		A	30/07/2013	04/10/1987	297,85	113/110	Quiliano	AMBITO
3	LAPI Tommaso		A	30/07/2014	01/02/1989	305,87	109/110	Mezzanego, La Spezia, Sarzana, Luni, Ameglia, Arcola.	REGIONE
4	VOLTOLINI Lisa (1)		A	15/10/2013	17/04/1988	305,94	108/110	La Spezia	AMBITO
5	VOLTOLINI Lisa (2)		A	15/10/2013	17/04/1988	305,94	108/110	Arcola, Sarzana, Luni, Ameglia.	ASL 5
6	BOLLOI Sara		A	23/07/2012	20/09/1986	310,1	113/110	Mignanego	ASL 3
7	FALANGA Michela		A	30/10/2012	02/09/1986	313,92	102/110	Quiliano	ASL 2
8	STOGNITEVA Olena		A	27/06/1998	18/04/1972	314,28	/	Arcola, Ameglia.	AMBITO
9	MORAGLIA Nicolò (1)		A	31/10/2012	09/08/1986	314,74	100/110	S. Stefano al Mare	AMBITO
10	MORAGLIA Nicolò (2)		A	31/10/2012	09/08/1986	314,74	100/110	Ranzo.	ASL 1
11	KUOI Enea		A	16/07/2012	02/12/1985	319,44	95/110	Bargagli	ASL 3
12	PICCIN Erika		A	27/03/2014	12/03/1987	324,5	101/110	Quiliano, Celle Ligure.	AMBITO
13	SANNA Sandro		A	21/07/2010	25/03/1983	327,88	100/110	Bolano.	AMBITO



ASIB

Sistema Sanitario Regione Liguria

S.S.D. GESTIONE RETTE MEDICI CONVENZIONATI AZIENDALE

ALLEGATO "A" Graduatoria - Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale di cui alla procedura SISAC (art. 63 comma 15 ACN 29/07/2009, come modificato dall'art.6 dell' ACN 21/06/2018)

N.	Cognome	punti G.R.	Attestato	data di laurea	data di nascita	mesi	voto di laurea	ASL richiesta	Residenza
1	PENNACCHETTI Carlotta	/	A	25/07/2014	20/10/1989	297,13	113/110	3 + carcere	AZIENDA
2	POLESE Marco	/	A	21/07/2014	20/09/1989	297,99	113/110	3 + carcere	AZIENDA
3	ANGELOTTI Giulia (1)	/	A	27/03/2014	03/09/1988	306,73	110/110	3	AZIENDA
4	ANGELOTTI Giulia (2)	/	A	27/03/2014	03/09/1988	306,73	110/110	2	REGIONE
5	CROCETTI Marta	/	A	19/03/2012	02/08/1986	307,55	106/110	3	FUORI REGIONE
6	KAISER Fabio	/	A	30/07/2013	04/10/1987	309,85	113/110	2	AZIENDA
7	IOZZIA Giorgia	/	A	20/10/2014	27/11/1988	310,73	113/110	3 + carcere	AZIENDA
8	FALANGA Michela (1)	/	A	30/10/2012	02/09/1986	313,92	102/110	2	AZIENDA
9	FALANGA Michela (2)	/	A	30/10/2012	02/09/1986	313,92	102/110	1	REGIONE
10	SALVI Chiara	/	A	15/10/2014	28/01/1988	320,56	98/110	2	AZIENDA
11	PICCIN Erika	/	A	27/03/2014	12/03/1987	324,5	101/110	2	AZIENDA
12	BOVERO Michela	/	A	27/03/2014	20/02/1987	325,16	105/110	3	AZIENDA
13	GALLET Elisa (1)	/	A	20/03/2013	18/01/1986	326,01	100/100	3	AZIENDA
14	GALLET Elisa (2)	/	A	20/03/2013	18/01/1986	326,01	100/100	2	REGIONE
15	SANNA Sandro	/	A	21/07/2010	25/03/1983	327,88	100/100	5	AZIENDA
16	BERNUZZI Paolo (1)	/	A	16/10/2013	04/03/1986	331,43	105/110	3 + carcere	AZIENDA
17	BERNUZZI Paolo (2)	/	A	16/10/2013	04/03/1986	331,43	105/110	2	REGIONE
18	ROTONDO Marilena	/	A	26/07/2012	22/10/1984	333,11	96/110	3 + carcere	AZIENDA
19	MALATESTA Marta	/	A	23/10/2014	11/11/1986	335,37	110/110	3 + carcere	AZIENDA
20	VALBONESI Simone (1)	/	A	31/10/2014	11/09/1986	337,64	113/110	3	AZIENDA
21	VALBONESI Simone (2)	/	A	31/10/2014	11/09/1986	337,64	113/110	2	REGIONE