

**DIRETTORE
DELLA STRUTTURA COMPLESSA AZIENDALE U.O.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Ruolo: Sanitario
 Profilo: Medici
 Disciplina: Neuropsichiatria infantile

PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE

L'AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI

A seguito della riforma del sistema sanitario regionale veneto, approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, a decorrere dal 1° gennaio 2017 l'assetto organizzativo delle Aziende U.L.S.S. del Veneto è stato ridefinito; in particolare, l'Azienda U.L.S.S. n. 1 di Belluno ha modificato la propria denominazione in "Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti" incorporando la soppressa Azienda U.L.S.S. n. 2 di Feltre.

L'estensione territoriale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti corrisponde alla Provincia di Belluno, che si sviluppa su un territorio, prevalentemente montano ed articolato in vallate, di 3.610,20 km², comprendente n. 61 Comuni.

Le caratteristiche geomorfologiche ed orografiche fanno sì che vi siano alti indici di dispersione abitativa e bassa densità demografica. Gli abitanti sono 202.950; la densità abitativa è pari a 56,22 abitanti/km². Il territorio è caratterizzato anche da un alto indice di vecchiaia.

Il territorio è organizzato in due distretti, quello di Belluno (Distretto di Belluno) e quello di Feltre (Distretto di Feltre), ai quali afferiscono i Comuni appartenenti alle rispettive Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19 del 2016. Il bacino di utenza è esteso a n. 8 Comuni della Provincia Autonoma di Trento.

In base alla programmazione regionale di cui alla D.G.R.V. n. 2122 del 19.11.2013 e alla D.G.R.V. n. 614 del 14.5.2019, le strutture ospedaliere e le strutture intermedie dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti sono le seguenti:

Strutture ospedaliere a gestione pubblica

Ospedale	Macro Classificazione PSSR	Classificazione Schede ospedaliere	Classificazione D.M. 70/2015	Apicalità	Posti letto
Belluno	Ospedale di rilievo provinciale	Hub provinciale	Presidio Ospedaliero di 1° livello	28	292
Feltre	Ospedale presidio di rete - Spoke	Ospedale Spoke		19	264
Agordo	Ospedale nodo di rete	Ospedale di base in zona disagiata	Presidio Ospedaliero in zona disagiata	4	73
Pieve di Cadore	Ospedale nodo di rete	Ospedale di base in zona disagiata	Presidio Ospedaliero in zona disagiata	4	79
Lamon	Struttura riabilitativa integrativa della rete ospedaliera	Struttura di riabilitazione	Struttura mono specialistica	1	70

Strutture ospedaliere a gestione privata accreditata

Ospedale	Classificazione	Posti letto	Posti letto per extraregione
Cortina d'Ampezzo	Ospedale in concessione a privato accreditato	86	34

Strutture intermedie a gestione pubblica

Struttura		Posti letto
Ex Ospedale di Auronzo di Cadore	Ospedale di Comunità	21
Ospedale di Agordo	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	17
Ospedale di Agordo	Unità Riabilitativa Territoriale	7
Ospedale di Belluno	Hospice	8
Ospedale di Belluno	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	15
Ospedale di Feltre	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	15
Ospedale di Feltre	Hospice	7
Ospedale di Lamon	Unità Riabilitativa Territoriale	7

I Distretti sono articolati nelle seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

Distretto di Belluno

- U.O.C. di neuropsichiatria infantile, a valenza aziendale
- U.O.C. Infanzia, adolescenza, famiglia e consultori
- U.O.C. Disabilità e non autosufficienza
- U.O.C. Cure Primarie
- U.O.C. Cure Palliative
- U.O.C. Assistenza farmaceutica territoriale
- U.O.S.D. Sanità Penitenziaria,

Distretto di Feltre

- U.O.C. Infanzia, adolescenza, famiglia e consultori, alla quale afferisce, tra l'altro, una U.O.S. di neuropsichiatria infantile
- U.O.C. Disabilità e non autosufficienza
- U.O.C. Cure Primarie.

E', inoltre, presente il Dipartimento di Prevenzione, le cui unità operative operano mediante articolazioni "centrali", competenti per l'intero territorio dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, e mediante articolazioni "territoriali", competenti per specifiche aree territoriali.

L'U.O.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

L'U.O.C. di neuropsichiatria infantile, pur collocata nel Distretto di Belluno, ha valenza aziendale.

L'U.O.C. fa parte:

- del Dipartimento (strutturale) di Area Medica di Belluno, che comprende, oltre alla stessa U.O.C., le UU.OO.CC. di medicina generale di Belluno, di medicina generale di Agordo, di medicina generale di Pieve di Cadore, di geriatria di Belluno, di pediatria di Belluno, di oncologia di Belluno, nonché le UU.OO.SS.DD. di ematologia e di reumatologia;
- del Dipartimento (funzionale transmurale) Materno Infantile, con comprende, oltre alla stessa U.O.C., le UU.OO.CC. Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori del Distretto di Belluno e del Distretto di Feltre, le UU.OO.CC. Cure Primarie del Distretto di Belluno e del Distretto di Feltre, le UU.OO.CC. di pediatria di Belluno e di Feltre, le UU.OO.CC. di ginecologia e ostetricia di Belluno e di Feltre, le UU.OO.CC. di psichiatria di Belluno e di Feltre, l'U.O.C. Ser.D. di Belluno, nonché le UU.OO.SS.DD. di ginecologia, ostetricia e PMA di Pieve di Cadore, Ser.D. di Feltre, Ser.D. – Alcologia del Cadore.

Si riportano, di seguito, le tipologie e i volumi di prestazioni per singola struttura di erogazione di erogazione di attività, con riferimento agli anni 2018 e 2019.

STRUTTURA	PRESTAZIONI	2019	2018
BELLUNO	Visite/Colloqui	791	923
BELLUNO	Altre prestazioni	3.182	2.354
AGORDO	Visite/Colloqui	296	294
AGORDO	Altre prestazioni	1.128	965
CADORE	Visite/Colloqui	26	112
CADORE	Altre prestazioni	790	697
FELTRE	Visite/Colloqui	177	70
FELTRE	Altre prestazioni	1	0
SANTA GIUSTINA	Visite/Colloqui	42	28
SANTA GIUSTINA	Altre prestazioni	0	1
ALANO	Visite/Colloqui	32	18
ALANO	Altre prestazioni	2	0
MEL	Visite/Colloqui	31	44
MEL	Altre prestazioni	2	0

PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE

Il candidato da incaricare deve aver maturato esperienza professionale nell'ambito della disciplina di neuropsichiatria infantile, dimostrando di essere in possesso di elevate competenze e conoscenze specifiche. Il candidato, inoltre, deve dimostrare di possedere competenze per l'esercizio delle funzioni di direzione e organizzazione dell'U.O.C. di neuropsichiatria infantile e, quindi, nella gestione diretta delle risorse umane, materiali e finanziarie assegnate.

Nello specifico, le competenze richieste al Direttore dell'U.O.C. di neuropsichiatria infantile sono le seguenti.

Aspetti manageriali

Il Direttore deve conoscere:

- i concetti di *mission* e *vision* dell'organizzazione aziendale e saperli contestualizzate nel proprio ambito operativo, promuovendo lo sviluppo e la realizzazione degli obiettivi dell'Azienda;
- il territorio in cui agisce e l'ambito in cui deve promuovere l'attività specialistica;
- i dati gestionali ed epidemiologici disponibili e le novità scientifiche e tecnologiche al fine di identificare e promuovere cambiamenti professionali, organizzativi e relazionali utili alla realizzazione della *mission* dell'U.O.C. e dell'Azienda;
- l'Atto Aziendale e la sua articolazione, oltre ai modelli dipartimentali ed al loro funzionamento;
- i modelli e le tecnologie di progettazione per la pianificazione e la realizzazione di progettualità trasversali all'Azienda;
- le tecniche di *budgeting*, al fine di collaborare attivamente alla definizione del programma di attività dell'U.O.C., nonché le tecniche di gestione delle risorse umane. In particolare, il Direttore deve saper programmare e gestire le risorse professionali e materiali nell'ambito del budget di competenza; saper valutare le implicazioni economiche derivanti dalle scelte organizzative e professionali e dai comportamenti relazionali assunti; saper gestire la propria attività in modo coerente con le risorse finanziarie, strutturali, strumentali e umane disponibili, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dalle linee guida, dalle specifiche direttive aziendali e dai principi di sostenibilità economica.

Governo clinico

Il Direttore deve:

- collaborare per il miglioramento dei servizi e il governo dei processi assistenziali;

- realizzare e gestire protocolli e percorsi diagnostici terapeutici con modalità condivise con le altre strutture aziendali e i professionisti coinvolti;
- partecipare alla creazione, introduzione e implementazione di modelli organizzativi e professionali in linea con gli approcci di comprovata efficacia, al fine di implementare la qualità delle cure e dell'assistenza;
- attuare il monitoraggio degli eventi avversi, adottare le politiche aziendali del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, promuovendo e applicando modalità di lavoro e procedure in grado di minimizzare il rischio clinico per gli utenti e operatori.

Competenze specifiche

Il Direttore deve saper gestire in maniera efficiente ed efficace le attività dell'U.O.C. di neuropsichiatria infantile, al fine di ottimizzare la soddisfazione dei bisogni di salute e delle aspettative dell'utenza, esterna ed interna, generando valore aggiunto per l'organizzazione.

Il Direttore, quindi, deve essere in possesso di:

- consolidata e significativa competenza professionale nel coordinare e realizzare le attività finalizzate alla diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva, con particolare riferimento all'area psichiatrica del bambino e dell'adolescente, con competenza nel campo psicoterapeutico;
- consolidata competenza professionale nella gestione di pazienti complessi con necessità di progetti integrati;
- propensione/esperienza nel promuovere le attività di presa in carico terapeutica, supporto individuale e di gruppo ai genitori, consulenza a scuole e strutture socio educative;
- capacità propositiva e di progettazione di percorsi di cura alla luce dei nuovi bisogni assistenziali, con particolare riferimento ai disturbi del comportamento in età evolutiva;
- capacità di organizzare le attività ambulatoriali da parte di una équipe pluriprofessionale in ambito neuropsichiatrico, con individuazione di strategie innovative all'interno dei servizi ambulatoriali, sia per la cura che per la diagnosi;
- esperienza nei processi di integrazione tra strutture di ricovero e territorio, con particolare riferimento alla continuità assistenziale e alla progettazione di interventi personalizzati nel post dimissione con le strutture territoriali aziendali ed extra aziendali;
- conoscenze consolidate e dimostrabili di gestione multidisciplinare delle emergenze/urgenze psichiatriche infantili e adolescenziali;
- esperienze nella gestione farmacologica delle principali patologie psichiatriche adolescenziali;
- esperienza consolidata di tutte le forme adolescenziali di disturbi del comportamento alimentare;
- attitudine al lavoro in rete, per favorire i percorsi integrati di accesso, di cura e di dimissione;
- attitudine allo sviluppo organizzativo della rete dei servizi di neuropsichiatria infantile presenti nel territorio, in particolare attraverso la partecipazione attiva alla definizione di progetti terapeutici specifici alla patologia psichiatrica, con particolare attenzione all'integrazione verso le altre articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale, per il passaggio dei casi seguiti che necessitano di continuità nella presa in carico per motivi psichiatrici anche in età adulta;
- capacità di collaborazione ed integrazione con le altre unità operative e con i professionisti presenti nell'Azienda ULSS, anche al fine della predisposizione e gestione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) con modalità condivise;
- capacità di collaborazione con la Pediatria Territoriale, i Servizi Sociali che si occupano dei minori e delle famiglie, gli Enti Locali e con le varie Associazioni di Volontariato ed il Terzo

Settore;

- capacità di adattare prontamente la struttura ai cambiamenti del contesto organizzativo aziendale, ai bisogni della utenza, alla evoluzione normativa e tecnologica.

Il Direttore, inoltre:

- deve essere in possesso di esperienza formativa nei vari ambiti della neuropsichiatria infantile, anche mediante la partecipazione ad eventi di rilevanza nazionale e internazionale;
- deve avere un adeguato livello di produzione scientifica nell'ambito della disciplina di neuropsichiatria infantile, pubblicata su riviste italiane o straniere.

Il Direttore, infine, deve dimostrare conoscenze e capacità per risolvere le criticità legate alla dimensione organizzativa di una U.O.C. che opera in area montana.

SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti
Via Feltre n. 57
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a _____ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- f) di essere nato/a a _____ il _____ (codice fiscale _____);
- g) di essere residente a _____ via _____ n. _____;
- h) di essere cittadino/a _____ (1);
- i) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (2);
- j) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- k) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- l) di essere in possesso del diploma di laurea in _____, conseguito il _____ presso _____ (4);
- m) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito il _____, presso _____ (4);
- n) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei _____ di _____ al n. _____;
- o) di essere in possesso dell'anzianità di servizio nella disciplina di _____, richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale (anzianità complessiva nella disciplina di _____ anni);
- p) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente _____ (5);
- q) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- r) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____
PEC _____
Telefono _____ Email _____

Data _____

(firma)

=====
(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri devono dichiarare nella domanda di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza.

(2) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi.

(3) In caso contrario, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali pendenti.

(4) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a	Cognome	Nome
----------------------	------------------	---------------

nato/a il	a	Prov.....
-----------------	---------	-----------

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

di essere in possesso della laurea in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....

(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura di
in data.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei	.....
della provincia di	.....
dal	.....
numero d'iscrizione	.....

Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....

Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....

In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura di
in data.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:

Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per.....	
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore)
per.....	

Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore...)
per	
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per	

Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per	
Dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:	
.....	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...
.....	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):	
.....	
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...
.....	
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal al	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionali di alta specializzazione, ecc.):	
.....	
Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal al	

Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione - esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi):

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale:

Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:

Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...

Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>

(duplicare righe in caso di necessità)

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>

(duplicare righe in caso di necessità)

Altre attività

(duplicare righe in caso di necessità)

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)
(Attestazione conformità all'originale)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, residente a _____ (prov. ____) in Via
_____ n. _____,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara la conformità all'originale dei seguenti documenti (*elencare documenti*):

Data _____

IL DICHIARANTE
