



**AZIENDA
OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
PISANA**

(Istituita con L.R.T. 24 Febbraio 2005, n. 40)



**AVVISO DI PUBBLICA SELEZIONE PER L'AMMISSIONE
AL CORSO DI FORMAZIONE PER:**

**OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE
IN ASSISTENZA SANITARIA
Anno Formativo 2010/2011 n.30 POSTI**

In esecuzione alla delibera del Direttore Generale dell'A.O.U.P. n. 939 del 01/09/2010 in corso di esecutività, della delibera Giunta Regionale Toscana n° 671 del 07/07/2003 che ha per oggetto l'attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 16 gennaio 2003 concernente la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore socio-sanitario (O.S.S.), e della delibera G.R.T. n. 724 del 02/08/2010 che ha per oggetto il programma dei moduli di formazione complementare in assistenza sanitaria per O.S.S. anno formativo 2010-2011, l'Azienda Ospedaliero- Universitaria Pisana istituisce per l'anno 2010-2011 il Corso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario per complessivi **n. 30 posti**

REQUISITI DI AMMISSIONE :

Possono presentare domanda tutti coloro, compresi i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari, che sono in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) .

I cittadini stranieri devono essere in regola con le norme vigenti concernenti la disciplina dell'immigrazione e la condizione dello straniero.

RISERVA DEI POSTI :

E' prevista una riserva di posti del **70%** per il personale dipendente a tempo indeterminato :

- il 50% dei posti riservato ai dipendenti a tempo indeterminato delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.);
- il 50 % dei posti riservato al personale operante con contratto di lavoro a tempo indeterminato nelle strutture sanitarie private e socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) ;

ed una riserva di posti del **30%** ai dipendenti con contratto di lavoro a tempo determinato alla data di scadenza del presente bando presso le strutture suddette ed a persone inoccupate, in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) ;

Qualora le suddette due quote riservate (70% + 30%) non vengano ricoperte interamente, i posti rimanenti si compensano fra i due contingenti.

MODALITA' DI SELEZIONE

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana procede all'ammissione dei candidati alla frequenza del corso sulla base di apposita graduatoria, formulata con le seguenti modalità :

1. superamento di una prova scritta (Test di 50 domande a risposta multipla) tesa ad accertare le competenze acquisite nell'ambito del modulo professionalizzante previsto dal curriculum formativo dell' O.S.S. ed in particolare:
 - elementi di anatomia e fisiologia
 - elementi di igiene
 - elementi di assistenza alla persona

2. valutazione del servizio svolto presso strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, nella qualifica di O.T.A.A./A.A.B. (o titoli equipollenti) in possesso dello specifico titolo, considerando 1 punto per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione per periodi non inferiori ai 3 mesi ;
3. valutazione del servizio svolto presso strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, nella qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) in possesso dello specifico titolo, considerando 3 punti per ogni anno di servizio svolto. Il punteggio è attribuibile in frazione per periodi non inferiori ai 3 mesi .

A parità di punteggio l'ammissione al modulo avviene in base al criterio dell'età, dando precedenza all'aspirante più giovane di età (art.2 della Legge 16 giugno 1998 n. 191).

L'ammissione definitiva al corso avviene previo accertamento di idoneità allo svolgimento delle funzioni previste dal profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario. Tale certificazione è redatta, prima dell'inizio del corso, dall'autorità sanitaria competente ed è a carico dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana.

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana si riserva comunque la facoltà di utilizzare la suddetta graduatoria ESCLUSIVAMENTE per ricoprire il numero dei posti previsti dal bando per il Corso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario anno formativo 2010/2011 .

Le domande di ammissione, redatte in carta libera e debitamente firmate indirizzate al DIRETTORE GENERALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA – Via Roma, 67 - 56126 Pisa, **dovranno pervenire esclusivamente mediante spedizione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento,**

entro e non oltre il 28/09/2010
--

a tal fine, farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante.

Non saranno considerate valide le domande inviate dopo tale termine.

ARTICOLAZIONE DEL CORSO

Il corso ha la durata di 400 ore così articolate :

- 208 ore di formazione teorica ;
- 42 ore di esercitazioni ;
- 150 ore di tirocinio guidato nei servizi previsti dal curriculum formativo

La frequenza è obbligatoria. Non sono ammessi agli esami finali gli studenti che abbiano riportato un numero di assenze superiore al 10% del monte ore complessivo. Il 10% delle ore di assenza è valutato singolarmente per le UFC.

A coloro che supereranno l'esame finale sarà rilasciato l'**ATTESTATO DI OPERATORE SOCIO SANITARIO CON FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA** secondo il modello disposto dalla Regione Toscana.

SEDE DEL CORSO

Il corso di formazione complementare in assistenza sanitaria rivolto a coloro che sono in possesso della qualifica di Operatore Socio Sanitario, relativamente alla formazione teorica e all'attività di esercitazione, verrà svolto in Via S.Maria n. 110 – Pisa. L'attività di tirocinio prevista, verrà svolta nelle strutture della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e nelle strutture convenzionate .

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Nella domanda di ammissione il candidato, dovrà dichiarare (ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), sotto la propria responsabilità:

1. **Cognome e nome;**

2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza ;
4. codice fiscale ;
5. residenza e l'eventuale recapito presso cui possa essere inviata qualsiasi comunicazione inerente il modulo, nonché il recapito telefonico;
6. di essere in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) indicando l'Ente che lo ha rilasciato, il relativo indirizzo completo e la data di conseguimento;
7. se il titolo è stato conseguito presso altre Regioni e Province Autonome indicare la Regione e Provincia Autonoma, l'Ente che lo ha rilasciato, il relativo indirizzo completo e la data di conseguimento nonché il programma di studi del corso, con le relative materie e ore;
8. (Ai fini della riserva del 70% dei posti) di essere dipendente a tempo indeterminato delle Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) (specificare la denominazione dell'Azienda o Ente di appartenenza ed il suo indirizzo completo);
9. (Ai fini della riserva del 70% dei posti) di essere operante con contratto di lavoro a tempo indeterminato, in strutture sanitarie private o socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) (specificare la denominazione della struttura e il suo indirizzo completo);
10. (Ai fini della riserva del 30% dei posti) di essere dipendente a tempo determinato alla data di scadenza del presente bando presso le strutture suddette (specificare la denominazione della struttura ed il suo indirizzo completo) o di essere persona inoccupata, in possesso dell'attestato di qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.);
11. di prestare o aver prestato servizio nella qualifica di O.T.A.A./A.A.B (o titoli equipollenti) presso strutture assistenziali sanitarie, socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, specificando la denominazione della struttura, il suo l'indirizzo completo e precisando, altresì, giorno, mese, anno di inizio servizio ed eventuale giorno, mese, anno di fine servizio ;
12. di prestare o aver prestato servizio nella qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) presso strutture assistenziali sanitarie, socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, specificando la denominazione della struttura, il suo l'indirizzo completo e precisando, altresì, giorno, mese, anno di inizio servizio ed eventuale giorno, mese, anno di fine servizio ;
13. di essere persona inoccupata alla data di scadenza del bando ;
14. per i cittadini stranieri, comunitari ed extracomunitari, essere in regola con le norme previste dalla L. 40/98 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e dal D. Lgs. 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" e successive modifiche ed integrazioni.

Alla domanda di ammissione il candidato, dovrà allegare :

- 1) una copia in carta semplice del documento di identità in corso di validità;
- 2) (per i cittadini extracomunitari) una copia in carta semplice del permesso di soggiorno;
- 3) una copia in carta semplice dell'attestato di qualifica di O.S.S., O.T.A.A./A.A.B. o titoli equipollenti o qualsiasi altro attestato (es. equipollenza) sia stato necessario per il conseguimento della qualifica di Operatore Socio Sanitario ;
- 4) una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di conformità all'originale della documentazione allegata in copia (punto3-5);
- 5) la documentazione del servizio prestato, in possesso dello specifico titolo (O.S.S./ O.T.A.A/ A.A.B. o titoli equipollenti), presso Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N.", strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, come di seguito indicato :
 - il servizio prestato alle dipendenze di strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e di Aziende ed Enti del "Comparto del personale del S.S.N." potrà essere documentato mediante **l'autocertificazione resa nella domanda** .
 - il servizio prestato alle dipendenze di strutture assistenziali sanitarie e socio-sanitarie private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali, dovrà essere documentato **esclusivamente** **pena la non valutazione** mediante produzione di **stato di servizio** in **originale** o **copia autenticata** rilasciato dal datore di lavoro e dovrà contenere, **pena la non valutazione**, l'esatta denominazione della struttura presso la quale il servizio è stato prestato, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato – tempo pieno/tempo parziale con relativa percentuale, il periodo di servizio effettuato, nonché le eventuali interruzioni – aspettativa senza assegni, sospensione cautelare etc. – e quanto altro necessario per valutare il servizio stesso .

- in caso di servizio prestato alle dipendenze delle cooperative suddette, dovrà anche essere evidenziato che trattasi di cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali

- **al fine della riserva dei posti:** il personale operante con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato nelle strutture sanitarie private e socio-sanitarie private e nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali dovrà documentare il servizio con le stesse modalità previste al punto precedente, qualora il servizio documentato al punto 4 non lo comprenda .

Le dichiarazioni rese nella domanda sotto forma di autocertificazione devono, comunque, contenere tutti gli elementi e le informazioni previsti dalle certificazioni che sostituiscono. Le dichiarazioni incomplete o non chiare non saranno ritenute valide ai fini della formulazione della graduatoria. L'Amministrazione ha la facoltà di svolgere controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni effettuate ed eventualmente di trasmetterne le risultanze all'autorità competente ai sensi del D.P.R. n 445 del 28/12/2000.

Per quanto non specificamente indicato nel presente bando si fa riferimento alle disposizioni già impartite o che saranno impartite dalla Regione Toscana.

L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA PISANA SI RISERVA LA FACOLTA', QUALORA NE' RILEVASSE LA NECESSITA' O L'OPPORTUNITA', DI PROROGARE, MODIFICARE O REVOCARE IL PRESENTE AVVISO.

N.B. L'ELENCO DEGLI AMMESSI ALLA PROVA/TEST, LA DATA E LA SEDE DEL SUO SVOLGIMENTO SARANNO COMUNICATI MEDIANTE AFFISSIONE DI APPOSITO AVVISO IL GIORNO:

26/10/2010

- ALL'ALBO AZIENDALE – VIA ROMA , 67 – PISA
- ALL'ALBO DI VIA ZAMENHOF, 1 – PISA
- ALL'ALBO DELL'U.O. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE – VIA S.MARIA 110 PISA
- IL SITO INTERNET : www.ao-pisa.toscana.it (Eventi – Corsi)

Informativa Trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003:

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento delle procedure selettive di ammissione e successiva gestione del Corso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio-Sanitario.

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, in applicazione di quanto disposto dallo stesso D.Lgs. n. 196/03, in modo da assicurare la tutela della riservatezza dell'interessato, fatta comunque salva la necessaria pubblicità delle procedure selettive di ammissione e gestione del corso ai sensi delle disposizioni normative vigenti.

Il trattamento verrà effettuato anche con l'ausilio di mezzi informatici, con la precisazione che l'eventuale elaborazione dei dati per finalità statistiche o di ricerca avverrà dopo che gli stessi saranno stati resi anonimi. Il titolare del trattamento è l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Il responsabile del trattamento è il Dirigente dell'U.O.Politiche e Gestione delle Risorse Umane.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato Decreto tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana.

Pisa, 06/09/2010

Il Direttore
U.O.Politiche e Gestione delle Risorse Umane
Dr.ssa Grazia Valori

Gli interessati possono ritirare copia del bando ed il modulo per la domanda presso:

- Ufficio Informazioni del Presidio Ospedaliero S. Chiara – (vicino al Pronto Soccorso) Tel. 050/993177-178
- U.O. Politiche e Gestione delle Risorse Umane – Via S. Maria 110 (III Piano) – Tel. 050/993835
- Portineria Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana - Via Zamenhof 1 – Tel. 050/996222
- La Direttrice del corso - Via S. Maria 110 (III Piano) – Tel. 050/993881
- Il sito internet : www.ao-pisa.toscana.it (Eventi – Corsi)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana
Via Roma n.67
56126 PISA

Il sottoscritto _____
in possesso dell'Attestato di Qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

CHIEDE

di essere ammesso alla frequenza del
CORSO DI FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA
PER OPERATORE SOCIO SANITARIO ANNO FORMATIVO 2010 - 2011

a tal fine DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità, **allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità:**

di essere nato a _____ il _____;

di risiedere in _____ Via _____;

n° _____ C.A.P. _____ Telefono _____;

codice fiscale n. _____;

di avere la cittadinanza _____

di essere in possesso dell'attestato di qualifica di:

Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (Sperimentale)

Operatore Socio Sanitario

conseguito presso l'Ente della Regione Toscana (indirizzo completo della struttura presso la quale è stato conseguito)Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

data di conseguimento _____;

di essere in possesso dell'attestato di qualifica di:

Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza

Addetto all'Assistenza di Base o titoli equipollenti

conseguito presso l'Ente della Regione Toscana (indirizzo completo della struttura presso la quale è stato conseguito)Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

data di conseguimento _____;

di essere in possesso dell'attestato di equipollenza alla qualifica di O.S.S. conseguito presso l'Ente della Regione Toscana (indirizzo completo della struttura presso la quale è stato

conseguito)Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

data di conseguimento _____;

- in caso di attestati rilasciati da Regioni o Province autonome diverse dalla Regione Toscana dichiaro inoltre il seguente programma con le relative ore e le materie

la regione che lo ha rilasciato e l'indirizzo completo della struttura presso la quale è stato conseguito

Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

data di conseguimento _____;

RISERVA :

(ai fini della riserva del 70%) di essere dipendente **a tempo indeterminato** in possesso dell'attestato di qualifica di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) della/del Azienda/Ente del "Comparto del personale del S.S.N."** (denominazione e indirizzo completo)

Ente _____ Via/Piazza _____

n. _____ Città _____ CAP _____

- di essere operante con contratto di lavoro **a tempo indeterminato** in strutture sanitarie private **(Vedi stato di servizio)** (denominazione e indirizzo completo)

Ente _____ Via/Piazza _____

n. _____ Città _____ CAP _____ ;

o di essere operante, con **contratto di lavoro a tempo indeterminato** in struttura socio-sanitaria pubblica o privata o nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali**(Vedi stato di servizio)** (denominazione e indirizzo completo)

Ente _____ Via/Piazza _____

n. _____ Città _____ CAP _____ ;

in possesso dell'attestato di qualifica di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)** .

(ai fini della riserva del 30%) di essere dipendente **a tempo determinato** , alla data di scadenza del bando, in possesso dell'attestato di qualifica di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) della seguente struttura (Vedi stato di servizio)** (denominazione e indirizzo

completo)Ente _____ Via/Piazza _____ n. _____
Città _____ CAP _____;

- di essere **persona inoccupata alla data di scadenza del bando** in possesso dell'attestato di qualifica di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)**.

SERVIZIO SVOLTO : **(parte da fotocopiare se non sufficiente)**

- di aver prestato/prestare servizio nella qualifica di **Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (O.T.A.A.)** presso **SOLO STRUTTURE PUBBLICHE**(denominazione e indirizzo completo)

Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

- di aver prestato/prestare servizio nella qualifica di **Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)** presso **SOLO STRUTTURE PUBBLICHE** (denominazione e indirizzo completo)Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____;

- di aver prestato/prestare servizio nella qualifica di **Addetto all'Assistenza di Base (o titoli equipollenti)** presso **SOLO STRUTTURE PUBBLICHE** (denominazione e indirizzo

completo)Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____ ;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____ ;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____ ;

- Ente _____

Via/Piazza _____ Città _____

dal _____ al _____ ;

di aver prestato/prestare servizio nella qualifica di O.S.S./O.T.A.A./A.A.B. (o titoli equipollenti) presso strutture assistenziali sanitarie, socio-sanitarie private o nelle cooperative che erogano servizi socio-sanitari ed assistenziali (vedi stato di servizio allegato) ;

di aver preso visione del bando relativo al Corso di formazione complementare in assistenza sanitaria per Operatore Socio Sanitario con particolare attenzione ai requisiti richiesti;

che ogni comunicazione inerente il modulo venga inviata al seguente indirizzo:

Sig _____

Via _____ N° _____

C.A.P. _____ Città _____ Tel. _____ ;

Solo per i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari

di essere in regola, per i cittadini stranieri comunitari ed extracomunitari, con le norme previste dalla L. 40/98 “ Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e dal D.Lgs. 286/98 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”e successive modifiche ed integrazioni.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, che il trattamento dei dati personali e sensibili raccolti è finalizzato allo svolgimento della procedura per la quale la presente dichiarazione viene resa .

Li, _____

Firma

La domanda deve essere compilata in modo completo e leggibile (stampatello) in ogni sua parte, **pena la non valutazione/ammissione** (barrare le voci che interessano) .

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(luogo) (prov.)

residente a _____ (_____) in Via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ,
richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che le seguenti fotocopie sono conformi agli originali in suo possesso ovvero depositati presso (indirizzo
completo della struttura) _____

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 196/03 "Codice in materia di
protezione dei dati personali", che il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato allo svolgimento della
procedura per il quale la presente dichiarazione viene resa .

.....
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....