



**TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
**SEZIONE STACCATA di SALERNO**

Gara relativa all'affidamento del servizio di pulizia presso la sede del Tribunale Amministrativo Regionale della Campania - Salerno sito in Largo San Tommaso d'Aquino, 3 - Salerno.  
Codice CIG: **760309614E** - RDO n. **2038060** del **20/08/2018**.

**VERBALE N. 2**

“VERIFICA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA”

L'anno 2018, il giorno 27 del mese di settembre alle ore 10,00, presso la sede del Tribunale Amministrativo Regionale della Campania di Salerno, sito in Largo San Tommaso d'Aquino, 3 - Salerno, si riunisce la Commissione di gara con la partecipazione dei seguenti componenti:

- Dott.ssa Antonella Cirillo – Funzionario - Presidente
- Sig. Carmine Vicinanza - Assistente – commissario e segretario verbalizzante

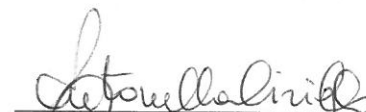
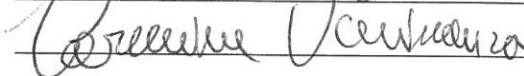
per la valutazione della documentazione amministrativa presentata al fine della partecipazione alla RDO n. 2038060 del 20/08/2018.

Il Presidente comunica che il commissario di gara Dott.ssa Gabriella Vecchio è assente per motivi di salute, come da certificato medico che si allega al presente verbale. Di poi, nel prendere atto che la Commissione è incompleta, alle ore 10,15 sospende la seduta di gara e la rinvia al giorno 2 ottobre 2018.

Letto, confermato e sottoscritto

Il presidente di gara Dott.ssa Antonella Cirillo

Il commissario Sig. Carmine Vicinanza

**Attestato di malattia telematico**Copia cartacea per  
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 214988103

Data visita

25/09/2018

**DATI DEL MEDICO**Codice Regione  
**150**Codice ASL/AO  
**207**

Codice struttura ricovero

Cognome e nome **ROSANIA MARIA CARMELA**

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **25/09/2018** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **28/09/2018**

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

Trattasi di: Inizio  Continuazione  Ricaduta Visita: Ambulatoriale  Domiciliare  Pronto Soccorso La malattia è dovuta ad evento traumatico Patologia grave che richiede terapia salvavita Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta **DATI DEL LAVORATORE****ANAGRAFICI**Cognome **VECCHIO** Nome **GABRIELLA** C.F. **VCCGRL75S56H703X**  
Nato/a il **16/11/1975** a (Comune o Stato estero) **SALERNO** Provincia **SA****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE**  
*(dati dichiarati dal lavoratore)*In via/piazza **VIA SERRACAPILLI** n. **45**  
Comune **EBOLI** Provincia **SA** CAP **84025****REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA** *(dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)*Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio) **VECCHIO**  
In via/piazza **Don Michele Paesano** n. **30**  
Comune **EBOLI** Provincia **SA** CAP **84025**

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009

Ristampato il 26/09/2018 alle ore 10:33:56