

ALLEGATO A)

Al Direttore Generale
dell'Azienda
Via.....

pec:.....

Il/La sottoscritta nato/a a il
C.F. e residente a
in Via Telefono
indirizzo mail pec

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso riservato esclusivamente

**AI MEDICI EX CONDOTTI CHE PRESTAVANO SERVIZIO A PARTIRE DALLA DATA DEL
1 GENNAIO 1988**

che hanno optato per il trattamento economico omnicomprensivo ai sensi dell'art. 110 del D.P.R.
n. 270/1987.

La domanda può essere presentata anche dagli eredi.

La partecipazione all'avviso è condizione necessaria per l'eventuale attribuzione delle risorse.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere.

DICHIARA

- di essere stato in servizio presso l'Unità Sanitaria Locale
alla data del 01.01.1988;
- di avere prestato servizio presso le seguenti l'Unità Sanitarie Locali / Aziende Sanitarie
successivamente alla data del 01.01.1988:

.....dal.....al.....

.....dal.....al.....

di aver effettuato il passaggio a rapporto unico con decorrenza dal .
.....

oppure

di non avere mai effettuato il passaggio a rapporto unico e di essere rimasto in servizio come medico ex condotto fino alla cessazione;

di avere percepito esclusivamente il trattamento economico omnicomprensivo previsto per i medici ex condotti dai contratti collettivi nel tempo vigenti, non essendo a conoscenza di ulteriori somme percepite anche per effetto di sentenze passate in giudicato o accordi transattivi;

oppure

di avere percepito, a qualsiasi titolo, anche per effetto di sentenze passate in giudicato o accordi transattivi, i seguenti emolumenti per ciascun anno di servizio:

1. anno 1988 _____

2. anno 1989 _____

3. anno 1990 _____

4. anno 1991 _____

5. anno 1992 _____

.....

di aver percepito, per effetto di sentenze o accordi transattivi intervenuti successivamente alla cessazione, i seguenti emolumenti:

.....

dichiara inoltre

di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso e di accettarle senza riserva alcuna;

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, compresi i dati particolari raccolti dall'Asl n.1 di Sassari, dalle Regioni e Province Autonome e dal Ministero della Salute, in qualità di titolari del trattamento, per le finalità inerenti la gestione della presente procedura e dei successivi adempimenti;
- di rinunciare a rivendicare ulteriori pretese connesse con il rapporto intercorso con l'Azienda e con tutte le USL o aziende ed enti del SSN nelle quali ha prestato servizio e con la sua risoluzione;
- di impegnarsi a comunicare, per iscritto, eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l'Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti l'avviso vengano indirizzate a:
 - Dr./Dr.ssa
 - Via
 - Comune di.....
 - Provincia.....Cap.....
 - Tel.....
 - indirizzo mail.....
 - pec.....

Allega alla presente:

- una copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore)

Data.....

Firma.....