



.....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.....