

ALLEGATO A)

Al Direttore Generale
A.S.L. 02 Lanciano-Vasto-Chieti
Via dei Vestini s.n.c. (Palazzina N)
66100 - CHIETI
risorse.umane@pec.asl2abruzzo.it

Il/la sottoscritto/a nato/a a
(prov. _____) il/...../..... C.F. e residente a.....
..... (prov. _____) in Via.....
n.... Telefono..... 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'Azienda 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 dalla ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti, 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;

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.....

mail.....

pec.....

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

Data.....

Firma.....