

ALLEGATO A)

Al Commissario Straordinario
dell'ASP di Catanzaro
Via Vinicio Cortese n. 25
pec: gestionerisorseumane@pec.asp.cz.it

Il/la _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ CF _____ e residente a
_____ prov. _____ 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 quale medico ex condotto presso l'Unità Sanitaria Locale _____ alla data del 01.01.1988;

di avere prestato servizio quale medico ex condotto presso le seguenti 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, nonessendo 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 intervenutisuccessivamente alla cessazione, i seguenti emolumenti:

dichiara inoltre

di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizionicontenute 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'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro,dalle Regioni e Province Autonome e dal Ministero della Salute, in qualità dititolari 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 intercorsocon l'Azienda e con tutte le USL o aziende ed enti del SSN nelle quali haprestato 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 riguardantil'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.....