Al Direttore Generale

 dell’Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 4 dell’Ogliastra Via Piscinas n. 5 Lanusei (08045)

 pec: **protocollo@pec.aslogliastra.it**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………nato/a a ………...

………………………………………………….il…………………..CF……………………………..

e residente a ……………………………………..in Via………………………………………………

Telefono……………………………………………indirizzomail……………………………………

pec…………………………………………………

**C H I E D E**

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.

 D I C H I A R A

□ 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’Azienda Socio-Sanitaria Locale n. 4 dell’Ogliastra, 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:

1. Dr./Dr.ssa ………………………
2. Via ……………………………….
3. Comune di………………………..
4. Provincia…………………..Cap………………………
5. Tel…………………………………………………….
6. indirizzo mail…………………………………………
7. pec……………………………………………………

Allega alla presente:

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

Data………………………………. Firma……………………………………