

**ALLEGATO B)** Allegato alla deliberazione del D.G. n ..... del .....

**Al Direttore Generale  
ASL n. 6 del Medio Campidano  
Via Ungaretti n. 9, Sanluri 09025  
pec: [protocollo@pec.aslmediocampidano.it](mailto:protocollo@pec.aslmediocampidano.it)**

.....l..... sottoscritto/a ....., nat..... a ..... (Prov. .... ) il ....., C.F. .... Residente a ..... in Via/Piazza ..... n. ....,tel ..... Email .....  
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'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 6 del Medio Campidano, 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:

- Dott/Dott.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.....