

ALLEGATO A)

Al Commissario Straordinario  
dell'Azienda Sanitaria Provinciale n. 1  
Viale della Vittoria, n. 321  
Agrigento  
PEC:.....

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
..... il ..... CF .....  
e residente a ..... in Via .....  
Telefono ..... indirizzo mail .....  
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 ....., 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.....