

ALLEGATO A)

Al Direttore Generale ASL AL  
Via Venezia 6, Alessandria  
[aslal@pec.aslal.it](mailto:aslal@pec.aslal.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ 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. 447/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere

### DICHIARA

di essere stato in servizio presso l'ASL AL alla data del 01.01.1988;

di avere prestato servizio presso l'ASL AL 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 condizione 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'ASL AL, 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 fotocopia la dichiarazione non ha valore)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_