

ALLEGATO B

(riservato agli eredi)

(Schema di domanda di partecipazione in carta libera)

Al Commissario Straordinario
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di
Ferrara
Via Aldo Moro 8, 44124 Cona (Ferrara)
Pec: "protocollo@pec.ospfe.it"

_____ sottoscritt_

_____ nato il _____ a

_____ residente in _____ (_____)

_____ via _____ n. _____ CAP _____

_____ Telefono n. _____ Codice Fiscale _____

_____ Indirizzo PEC _____

al quale verrà fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente selezione

Eventuale recapito se diverso dall'indirizzo di residenza:

Via _____ n. _____; CAP _____
_____ Comune _____; Prov. _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente successive eventuali variazioni del recapito stesso

in _____ **qualità** _____ **di** _____ **erede** _____ **del**
dr./dr.ssa _____

nato/a _____ a _____ il _____ C.F. _____

CHIEDE

di essere ammesso /a all'avviso riservato esclusivamente ai MEDICI EX CONDOTTI che prestavano servizio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara o la ex USL n. 31, partire dalla data del 1 gennaio 1988 e che hanno optato per il trattamento economico omnicomprensivo ai sensi dell'art. 110 del D.P.R. n. 270/1987.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e del fatto che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

1

Di essere erede del dr./dr.ssa _____ nato/a a _____

il _____ C.F. _____

2

che il Dr. / la Dr.ssa _____ è stato/a in servizio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara o la ex USL n. 31 alla data del 01.01.1988;

3

che il Dr. / la Dr.ssa _____ ha prestato servizio presso le seguenti l'Unità Sanitarie Locali / Aziende Sanitarie successivamente alla data del 01.01.1988:

.....dal.....al
.....

.....dal.....al.....
.....

.....dal.....al
.....

.....dal.....al
.....

4

che il Dr. / la Dr.ssa _____ ha effettuato il passaggio a rapporto unico con decorrenza dal _____

oppure

che il Dr. / la Dr.ssa _____ non ha mai effettuato il passaggio a rapporto unico e di essere rimasto in servizio come medico ex condotto fino alla cessazione;

5

che il Dr. / la Dr.ssa _____ ha 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

che il Dr. / la Dr.ssa _____ ha percepito, a qualsiasi titolo, anche per effetto di sentenze passate in giudicato o accordi transattivi, i seguenti emolumenti per ciascun anno di servizio:

anno 1988 _____	anno 2004 _____
anno 1989 _____	anno 2005 _____
anno 1990 _____	anno 2006 _____
anno 1991 _____	anno 2007 _____
anno 1992 _____	anno 2008 _____
anno 1993 _____	anno 2009 _____
anno 1994 _____	anno 2010 _____
anno 1995 _____	anno 2011 _____
anno 1996 _____	anno 2012 _____
anno 1997 _____	anno 2013 _____
anno 1998 _____	anno 2014 _____
anno 1999 _____	anno 2015 _____
anno 2000 _____	anno 2016 _____
anno 2001 _____	anno 2017 _____
anno 2002 _____	anno 2018 _____
anno 2003 _____	anno 2019 _____

6

che il Dr. / la Dr.ssa _____ ha percepito, per effetto di sentenze o accordi transattivi intervenuti successivamente alla cessazione, i seguenti emolumenti:

7

di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 GDPR 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese;

8

che le dichiarazioni contenute nelle autocertificazioni e/o nel curriculum allegati sono veritiere e sono rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. medesimo in caso di false dichiarazioni.

LA DOMANDA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA E CORREDATA DELLA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

Data _____

Firma _____
(la domanda deve essere sottoscritta per esteso dal candidato)