

ALLEGATO B)

RISERVATO

AGLI EREDI

(Schema di domanda di partecipazione in carta libera)

Al Direttore Generale
dell'IRCCS Istituto Ortopedico
Rizzoli
Via di Barbiano 1/10
40136 Bologna
Pec: affari.general@pec.ior.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/aa

..... Il CF.....

CHIED E

di essere ammesso /a all'avviso riservato esclusivamente ai MEDICI EX CONDOTTI che prestavano servizio presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli a partire dalla data del 1gennaio1988 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)

DICHIARA

Di essere erede del dr./dr.ssa..... nato/aa
.....il.....CF.....
.....

1.

Che il Dr. _____ è stato in servizio presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli alla data del 01.01.1988;

2.

Che il Dr. _____ Ha prestato servizio presso le seguenti Unità Sanitarie Locali/Aziende Sanitarie successivamente alla data del 01.01.1988:

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

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

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

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

3.

Che il Dr. _____ Ha effettuato il passaggio a rapporto unico con decorrenza dal _____.

oppure

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

4.

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

anno1988 _____	anno 2000 _____
anno1989 _____	anno 2001 _____
anno1990 _____	anno 2002 _____
anno1991 _____	anno 2003 _____
anno1992 _____	anno 2004 _____
anno1993 _____	anno 2005 _____
anno1994 _____	anno 2006 _____
anno1995 _____	anno 2007 _____
anno1996 _____	anno 2008 _____
anno1997 _____	anno 2009 _____
anno1998 _____	anno 2010 _____
anno1999 _____	anno 2011 _____

anni

5.

Che il Dr. _____ Ha percepito, per effetto di sentenze o accordi transattivi intervenuti successivamente alla cessazione i seguenti emolumenti:

6.

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;

7.

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.

LE DOMANDE DEVONO ESSERE SOTTOSCRITTE E CORREDATE DELLA FOTOCOPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

Data _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta per esteso dal candidato)