

ALLEGATO B

RISERVATO AGLI EREDI

(Schema di domanda di partecipazione in carta libera)

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola  
Viale Amendola, 2  
40026 Imola  
Pec: [dir.generale@pec.ausl.imola.bo.it](mailto:dir.generale@pec.ausl.imola.bo.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** del dr./dr.ssa.....nato/a a

.....il.....CF .....

### **C H I E D E**

di essere ammesso /a all'avviso riservato esclusivamente ai MEDICI EX CONDOTTI che prestavano servizio presso l'Azienda USL di Imola o presso l' ex USL n. 23 a 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**

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

.....il.....CF .....

1.

che il Dr. \_\_\_\_\_ è stato in servizio presso l'Unità Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ (o presso le ex USL n. \_\_\_\_\_) alla data del 01.01.1988;

2.

che il Dr. \_\_\_\_\_ 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 .....

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:

anno 1988 \_\_\_\_\_

anno 2000 \_\_\_\_\_

anno 1989 \_\_\_\_\_

anno 2001 \_\_\_\_\_

anno 1990 \_\_\_\_\_

anno 2002 \_\_\_\_\_

anno 1991 \_\_\_\_\_

anno 2003 \_\_\_\_\_

anno 1992 \_\_\_\_\_

anno 2004 \_\_\_\_\_

anno 1993 \_\_\_\_\_

anno 2005 \_\_\_\_\_

anno 1994 \_\_\_\_\_

anno 2006 \_\_\_\_\_

anno 1995 \_\_\_\_\_

anno 2007 \_\_\_\_\_

anno 1996 \_\_\_\_\_

anno 2008 \_\_\_\_\_

anno 1997 \_\_\_\_\_

anno 2009 \_\_\_\_\_

anno 1998 \_\_\_\_\_

anno 2010 \_\_\_\_\_

anno 1999 \_\_\_\_\_

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; Ai sensi dell'articolo 13 GDPR 2016/679, i dati personali

**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)*