

ALLEGATO B

RISERVATO AGLI EREDI

(Schema di domanda di partecipazione in carta libera)

Al Direttore Generale

dell'IRCCS Azienda Ospedaliero  
Universitaria di Bologna Policlinico di  
S.Orsola

Via Massarenti 9

40138 Bologna

Pec [PEldirezione.generale@pec.aosp.bo.it](mailto:PEldirezione.generale@pec.aosp.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 al presente avviso*

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.....CF

.....

**CHIEDE**

di essere ammesso/a all'avviso riservato esclusivamente ai MEDICI EX CONDOTTI che prestavano servizio presso la ex USL n. 28 Bologna Nord, presso l'Azienda Ospedaliera di Bologna/Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna 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./ssa \_\_\_\_\_ è stato/a in servizio presso l'ex USL n. 28 Bologna Nord alla data del 01.01.1988;

**2.**

che il Dr./ssa \_\_\_\_\_ 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./ssa \_\_\_\_\_ ha effettuato il passaggio a rapporto unico con decorrenza dal\_\_\_\_\_.

***oppure***

che il Dr./ssa \_\_\_\_\_ non ha mai effettuato il passaggio a rapporto unico ed è rimasto in servizio come medico ex condotto fino alla cessazione;

**4.**

che il 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./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 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./ssa \_\_\_\_\_ 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)*