ALLEGATO B
(riservato agli eredi)

(Schema di domanda di partecipazione in carta libera)

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
Via del Pozzo, 71
41124 Modena
Pec affarigenerali@pec.aou.mo.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. _____

C H I E D E

di essere ammesso /a all'avviso riservato esclusivamente ai MEDICI EX CONDOTTI che prestavano servizio presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena 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

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 Modena 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 1994 _____

anno 1995 _____

anno 1996 _____

anno 1997 _____

anno 1998 _____

anno 1999 _____

anno 2000 _____

anno 2001 _____

anno 2002 _____

anno 2003 _____

anno 2009 _____

anno 2010 _____

anno 2011 _____

anno 2012 _____

anno 2013 _____

anno 2014 _____

anno 2015 _____

anno 2016 _____

anno 2017 _____

anno 2018 _____

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)