

ASL FG

Bando di avviso pubblico ai medici ex condotti che prestavano servizio a partire dalla data del 1 gennaio 1988.

BANDO DI AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1283 del 24/11/2023, è indetto avviso pubblico riservato esclusivamente

AI MEDICI EX CONDOTTI CHE PRESTAVANO SERVIZIO A PARTIRE DALLA DATA DEL 1 GENNAIO 1988

che hanno optato per il trattamento economico omnicomprensivo ai sensi dell'art. 110 del D.P.R. n. 270/1987.

La domanda può essere presentata anche dagli eredi.

Il presente bando è disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 27.04.2023 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 giugno 2023, n. 142, che individua i criteri di riparto delle risorse di cui all'art. 1, commi 752 e 753 della Legge 30.12.2021 n. 234 per il completamento di interventi perequativi.

La partecipazione all'avviso è condizione necessaria per l'attribuzione delle risorse.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE:

Essere stato/a in servizio presso l'Azienda ULSS (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nell'Azienda ULSS.....) alla data del **01.01.1988** oppure avere prestato servizio in data successiva presso l'Azienda ULSS..... (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nell'Azienda ULSS.....)

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di partecipazione all'avviso, redatta in carta semplice (vedi schema esemplificativo Allegato A), datata, firmata ed indirizzata al Direttore Generale dovrà pervenire entro il termine Perentorio di giorni 30 (trenta) dalla data di pubblicazione sul sito web aziendale sezione Avvisi e Concorsi all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria di Foggia, Via Michele Protano 13 con una delle seguenti modalità:

consegnare a mano presso gli Uffici del Protocollo generale;

tramite Raccomandata A.R. In tal caso farà fede il timbro con la data dell'Ufficio Postale accettante;

mediante invio al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) aziendale:

areapersonalefoggia@mailcert.aslfg.it.

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo, da parte del richiedente, di una casella postale elettronica certificata personale. Non sarà pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata di altro soggetto o da casella di posta elettronica semplice, anche se verso PEC aziendale. La domanda e tutta la documentazione devono essere allegati esclusivamente in formato PDF. Nell'oggetto della PEC dovranno essere indicati il nome e cognome del richiedente.

La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

Con la partecipazione all'avviso è implicita da parte dei richiedenti l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando.

Per quanto non espressamente previsto dal presente bando di selezione e dalla normativa in esso richiamata, si fa riferimento alle norme vigenti in materia.

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) si precisa che i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti presso l'Azienda Sanitaria, le Regioni e le Province Autonome e il Ministero della Salute, in qualità di titolari del trattamento, per quanto di competenza, per le finalità inerenti la gestione della procedura e degli adempimenti conseguenti previsti dalla legislazione vigente. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è riportata nell'Allegato B) al presente Avviso Pubblico.

L'Azienda si riserva la facoltà di sospendere, riaprire, revocare o modificare il presente avviso, qualora ne rilevasse la necessità e l'opportunità per ragioni di pubblico interesse.

Il Direttore AGRU
Dott. Salvatore D'Agostino

ALLEGATO A)

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria di Foggia
Via Michele Protano, 13

pec: areapersonalefoggia@mailcert.aslfg.it

Il/la sottoscritto/anato/a
.....il.....CF
e residente ain Via.....
Telefono.....indirizzo mail.....
pec.....

C H I E D E

di essere ammesso/a all'avviso riservato esclusivamente

**AI MEDICI EX CONDOTTI CHE PRESTAVANO SERVIZIO A PARTIRE DALLA DATA DEL
1 GENNAIO 1988**

che hanno optato per il trattamento economico omnicomprensivo ai sensi dell'art. 110 del D.P.R. n. 270/1987.

La domanda può essere presentata anche dagli eredi.

La partecipazione all'avviso è condizione necessaria per l'eventuale attribuzione delle risorse.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, ovunque rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, il dichiarante incorre nelle sanzioni penali richiamate nell'art. 76 del DPR n. 445/2000 oltre alla decadenza dei benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiera.

D I C H I A R A

- di essere stato in servizio presso l'Unità Sanitaria Locale
alla data del 01.01.1988;
- di avere prestato servizio presso le seguenti l'Unità Sanitarie Locali / Aziende Sanitarie
successivamente alla data del 01.01.1988:

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

- di aver effettuato il passaggio a rapporto unico con decorrenza dal
.....

oppure

- di non avere mai effettuato il passaggio a rapporto unico e di essere rimasto in servizio come medico ex condotto fino alla cessazione;
- di avere 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

- di avere percepito, a qualsiasi titolo, anche per effetto di sentenze passate in giudicato o accordi transattivi, i seguenti emolumenti per ciascun anno di servizio:

1. anno 1988 _____

2. anno 1989 _____

3. anno 1990 _____

4. anno 1991 _____

5. anno 1992 _____

.....

- di aver percepito, per effetto di sentenze o accordi transattivi intervenuti successivamente alla cessazione, i seguenti emolumenti:

.....
dichiara inoltre

- di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso e di accettarle senza riserva alcuna;
- di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali, compresi i dati particolari raccolti dall’Azienda, dalle Regioni e Province Autonome e dal Ministero della Salute, in qualità di titolari del trattamento, per le finalità inerenti la gestione della presente procedura e dei successivi adempimenti;
- di impegnarsi a comunicare, per iscritto, eventuali variazioni del recapito, riconoscendo che l’Azienda non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario e chiede che tutte le comunicazioni riguardanti l’avviso vengano indirizzate a:

- Dr./Dr.ssa
- Via
- Comune di.....
- Provincia.....Cap.....
- Tel.....

- indirizzo mail.....
- pec.....

Allega alla presente:

- una copia non autenticata e firmata di valido documento di riconoscimento (senza tale fotocopia la dichiarazione non ha valore)

Data.....

Firma.....