

REGIONE PIEMONTE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1  
CUNEO

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 OMNICOMPRESIVO AI SENSI DELL'ART. 110 DEL D.P.R. N. 270/1987, PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE DI CUI AL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 27/04/2023.

In esecuzione della deliberazione n. 241 del 12/07/2023, 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'A.S.L. CN1 (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nella medesima) alla data del 01.01.1988 oppure avere prestato servizio in data successiva presso l'A.S.L. CN1 (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nella medesima);

**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 trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte - all'Ufficio Protocollo dell'A.S.L. CN1, Via Carlo Boggio n. 12, 12100 Cuneo, con una delle seguenti modalità:

- consegna a mano;
- 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: [protocollo@aslcn1.legalamailpa.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalamailpa.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'A.S.L. CN1, 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 S.C.I. Gestione Risorse Umane

Dott. Emanuele Olivero

(firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 82/2005)

**ALLEGATO A)**

Al Direttore Generale  
dell'A.S.L. CN1  
Via Carlo Boggio, 12  
12100 CUNEO  
P.E.C.:  
protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

Il/la sottoscritto/a .....nato/a  
..... il..... CF..... e residente a  
..... in 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 veritiere.

**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'A.S.L. CN1, 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 rinunciare a rivendicare ulteriori pretese connesse con il rapporto intercorso con l'Azienda e con tutte le USL o aziende ed enti del SSN nelle quali ha prestato servizio e con la sua risoluzione;

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.....