

ALLEGATO 1) alla deliberazione del D.G. n. 1385 del 20/07/2023

SCADENZA: 30 (trenta) giorni dalla data di pubblicazione sul B.U.R.C.

REGIONE CAMPANIA

A.S.L. NAPOLI 1 CENTRO

### BANDO DI AVVISO PUBBLICO

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 1385 del 20/07/2023 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'ASL NAPOLI 1 CENTRO (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nell'ASL NAPOLI 1 CENTRO) alla data del 01.01.1988 oppure avere prestato servizio in data successiva presso l'ASL NAPOLI 1 CENTRO (o in Aziende Sanitarie/USL confluite nell'ASL NAPOLI 1 CENTRO);

#### 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 del Bando sul Bollettino Ufficiale Regione Campania (B.U.R.C.), secondo le seguenti modalità:

P.E.C.: [uoc.risorseumane@pec.aslna1centro.it](mailto:uoc.risorseumane@pec.aslna1centro.it)

Raccomandata con R/R all'indirizzo Via Comunale del Principe 13/a, 80145 Napoli;

Consegna a mano presso l'Ufficio Protocollo Generale della ASL, sito in Via Comunale del Principe 13/a, 80145 Napoli

- La validità di invio a mezzo PEC 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 seguiti dalla dicitura "Bando medici ex condotti".

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 nell'ASL Napoli 1 Centro, la Regione Campania 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 Generale**  
dott. ing. **Ciro Verdoliva**



CIRO  
VERDOLIVA  
31.07.2023  
09:54:24  
GMT+00:00

***Una Squadra al lavoro  
per garantire salute***

## ALLEGATO A

Al Direttore  
Generale dell'Azienda  
.....Via.

pec.....

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
.....il.....CF .....

e residente a .....In Via.....

Telefono .....Indirizzo mail.....

pec.....

## CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso riservato esclusivamente

AI MEDICI EX CONDOTTI CHE PRESTAVANO SERVIZIO 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.  
270/1981.

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.

## DICHIARA

a di essere stato in servizio presso l'Unità Sanitaria Locale alla data .....  
del 01.01.1988;

a di avere prestato servizio presso le seguenti l'Unità Sanitarie Locali / Aziende Sanitarie  
successivamente alla data del 01.01.1988:

dal. .... al

.....al.....

..... dal  
-dal.

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

oppure

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

a 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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

dichiara inoltre

a di aver preso visione di tutte le informazioni, prescrizioni e condizioni contenute nel bando di avviso e di accettarle senza riserva alcuna;

a 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;

a di rinunciare a rivendicare ulteriori pretese connesse con il rapporto Intercurso con l'Azienda e con tutte le USL o aziende ed enti del SSN nelle quali ha prestato servizio e con la sua soluzione;

☐ 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

.....