



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

Al Magnifico Rettore

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Il/la sottoscritto/a.....
nat... a (prov.)
il/...../..... e residente a (prov.),
in via n.
tel. /....., cell...../.....
e-mail:

(l'indirizzo e-mail viene eletto quale modalità di comunicazione ufficiale)

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione per l'ammissione al
**CORSO DI ALTA FORMAZIONE MANAGERIALE PER LA DIREZIONE SANITARIA, AMMINISTRATIVA
E DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELL'ERA DIGITALE**
a.a. 2015/2016

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Laurea in:
conseguito in data /...../..... con votazione di /.....
presso
Città

Se laurea Specialistica/Magistrale conseguita secondo l'ordinamento di cui ai DD.MM. n. 509/99 o 270/10 precisare anche:

classe n. in:

Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:

- Autocertificazione (ai sensi del DPR 445/2000) concernente i requisiti indicati nel Bando di ammissione ai fini della valutazione e conseguente collocazione – in base alle priorità - nella graduatoria di merito;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Altro (precisare).....

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai fini della gestione della procedura di ammissione ai sensi degli artt. 11 e 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data

(firma)



Sezione riservata ai possessori del titolo di studio conseguito all'estero e parte integrante della Domanda di ammissione alla selezione:

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Bachelor's Degree in:

Master's Degree in:

altro (specificare la denominazione)

conseguito in data/...../..... con votazione di /.....

della durata di annipresso.....

città/nazione

per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso

già dichiarato equipollente al diploma di laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di di cui si allega copia

Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:

Solo per i possessori di titolo di studio conseguito all'estero:

copia autenticata del titolo di studio

traduzione giurata e legalizzata del titolo

dichiarazione di valore in loco rilasciata dalla Rappresentanza diplomatica Italiana (ambasciata/consolato) competente per territorio

Luogo e data

(firma)

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI ALTA FORMAZIONE

**“CORSO DI ALTA FORMAZIONE MANAGERIALE PER LA DIREZIONE SANITARIA,
AMMINISTRATIVA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELL'ERA DIGITALE”**

per l'a.a. 2015/2016

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di II livello per i direttori sanitari, amministrativi e dirigenti delle professioni sanitarie)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i)

Il/la sottoscritto/a.....

nat... a (prov.)

il/...../.....e residente a..... (prov.),

in via n.

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

(barrare la situazione oggetto di autocertificazione, integrando, se necessario, la durata e la sede di servizio per ciascun incarico che il candidato intende far valere ai fini della formazione della graduatoria)

- di essere Direttore sanitario, Direttore amministrativo** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., **Dirigente delle professioni sanitarie** ai sensi del D.P.C.M. 25 gennaio 2008 con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso:
 - o la Regione Marche;
 - o altra Regione (*precisare*) _____
- di essere Dirigente di struttura complessa** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso la Regione Marche;
- di essere Dirigente di struttura complessa** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. presso la Regione Marche;
di aver maturato un'anzianità di servizio in incarichi di
pari complessivamente a: anni..... mesi..... giorni,
e precisamente:
data conferimento incarico
durata dell'incarico.....
sede di servizio.....
- di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per l'incarico di Direttore sanitario, Direttore amministrativo** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., **Dirigente delle professioni sanitarie** ai sensi del D.P.C.M. 25 gennaio 2008 e s.m.i. ma di **non essere**, al momento, **titolare del predetto incarico**;
- di essere in servizio presso le strutture sanitarie** del territorio della Regione Marche

di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regione Marche complessivamente a: anni..... mesi..... giorni,

e precisamente:

posizione occupata e livello di inquadramento formale (o contrattuale)
.....
la posizione è stata ricoperta per un periodo di e precisamente dal/...../.....
al/...../.....
sede di servizio.....

Luogo e data

(firma)

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 11 e 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

(firma)