



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)

CODICE FISCALE

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. 2016/2017

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 didi 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)



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

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. 2016/2017

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di II livello per i Direttorisantari, 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 di dirigente di struttura complessa 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:
- o la Regione Marche;
 - o altra Regione *(precisare)* _____

di aver maturato un'anzianità di servizio in incarichi di dirigente di struttura complessa 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 dirigente di struttura** complessa ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e del D.P.R. 484/97 ma di **non essere**, al momento, **titolare del predetto incarico**;
- di essere in servizio presso le strutture sanitarie** del territorio:
- o della Regione Marche;



1506
UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI URBINO
CARLO BO

- altra Regione (*precisare*) _____
- di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regione 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)