



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. 2017/2018

#### 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 anni .....presso.....  
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)



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. 2017/2018

(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 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 .....comlessivamente 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)