



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 Master di secondo livello in
"MANAGEMENT DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE NELL'ERA DIGITALE"
a.a. 2018/2019

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).....

I dati richiesti dall'Università sono raccolti in conformità al Regolamento Ue 2016/679 del 27/04/2016

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 MASTER DI II LIVELLO IN
"MANAGEMENT DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE NELL'ERA DIGITALE"
per l'a.a. 2018/2019

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di III livello per i direttori generali)

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 Generale** 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 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 **Direttore Generale** ai sensi degli Artt. 3 e 3 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. ma di **non essere**, al momento, **titolare del predetto incarico**;
- di essere in servizio presso le strutture sanitarie del territorio:
 - o della Regione Marche;
 - o altra Regione (*precisare*) _____
- di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regionecomlessivamente 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 a conoscenza che ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali forniti saranno trattati dall'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Luogo e data

(firma)