

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 Integrativo di Alta Formazione Manageriale per la Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera”
a.a. 2019/2020**

**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).....

Dichiaro, inoltre di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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)

MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'AMMISSIONE AL
"Corso Integrativo di Alta Formazione Manageriale per la Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera"
a.a. 2019/2020

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di 2° livello per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi)

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 in possesso del Certificato di formazione manageriale di II livello conseguito ai sensi dell'art. 2, comma 2, lett c. della Convenzione di cui alla DGR n.790/14 (pari a 24 CFU)

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;
- 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 servizio presso le strutture sanitarie del territorio:

- della Regione Marche;
- altra Regione *(precisare)* _____

- v di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regionecomplessivamente 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)

- v **Il sottoscritto dichiara di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Luogo e data

(firma)