

**Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo**

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 di Azienda Sanitaria/Ospedaliera
a.a. 2023/2024**

**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 dellavalutazione 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 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 manageriale per la Direzione di Azienda Sanitaria/Ospedaliera
a.a. 2023/2024

(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 di dirigente di struttura complessa 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., 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:
 - la Regione Marche;
 - 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:
 - la Regione Marche;
 - 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 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*) _____
- 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)