

**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. 2024/2025**

**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 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)

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'AMMISSIONE AL  
CORSO DI ALTA FORMAZIONE MANAGERIALE PER LA DIREZIONE DI AZIENDA  
SANITARIA/OSPEDALIERA  
a.a. 2024/2025**

(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 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 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)