

**AL DIRETTORE DEL CORSO DI FORMAZIONE
MANAGEMENT SANITARIO PER DIRIGENTI DI STRUTTURE COMPLESSE**

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc _____, nato a _____ (____)
il _____, residente a _____ (____) in via/piazza _____
_____, n. _____, Cap _____
e-mail _____, tel. _____ cell. _____
domicilio temporaneo eletto (se diverso dalla residenza) _____
appartenente all'ASL _____, struttura ospedaliera
_____ con il seguente ruolo _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a di partecipare al corso di formazione "Management sanitario per Dirigenti di Strutture Complesse" di cui all'art. 16 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche, organizzato da codesto Ateneo, ai sensi dell'art. 11 D.D.G. n.3245/09.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazione, il/la sottoscritto

DICHIARA

1. di essere in possesso dei requisiti per l'ammissione al corso previsti agli art. 3 e 4 del D.Lgs n.502/92, nonché all'art. 16 quinquies comma 5 del D.lgs 502 e s.m.i.;
2. di aver conseguito la laurea in _____
3. in data _____ presso _____
4. di prestare servizio dal _____ (indicare giorno, mese, anno) in qualità di _____ presso _____
5. di volere ricevere le comunicazioni inerenti il corso al seguente indirizzo di posta elettronica: _____
6. di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni.
7. di aver preso integrale visione del bando.

ALLEGA ALLA PRESENTE

- curriculum vitae;
- copia di un documento identità, debitamente firmato.

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate. Inoltre, esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati; nel rispetto del D.Lgs. 196/2003, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il Dott.

.....

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

.....

data

.....

firma dell'incaricato che riceve l'istanza