

MOD. A

**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) \_\_\_\_\_  
struttura ospedaliera di appartenenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ruolo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a 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