



Corso di formazione manageriale
Modulo di riqualificazione ed aggiornamento per direttori di struttura complessa in sanità
Autorizzazione dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, prot. n.13395 del 09.02.2016 - codice identificativo FM0716

MODELLO A - Richiesta di iscrizione

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 MANAGERIALE: Modulo di riqualificazione ed aggiornamento per direttori di struttura complessa in sanità di cui all'art. 16 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche, organizzato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina e dall'Università degli Studi di Messina, ai sensi del decreto assessoriale della Salute della Regione Siciliana n.986 del 12.04.2010.

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 aver conseguito il certificato di formazione manageriale ai sensi del D.D.G. n.3245/09 il _____
2. di prestare servizio in qualità di _____
presso _____
3. di volere ricevere le comunicazioni inerenti il corso al seguente indirizzo di posta elettronica:

4. di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni.
5. 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