

RICHIESTA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

"Corso di formazione manageriale per i dirigenti delle aziende sanitarie. La certificazione manageriale".

DA INVIARE VIA E-MAIL AL SEGUENTE INDIRIZZO formasan@unipr.it

Io sottoscritto/a,

Nome Cognome.....

Nato/a Il

Residente in Via n°

Chiedo di partecipare alla selezione per la partecipazione al "Corso di formazione manageriale per i dirigenti delle aziende sanitarie. La certificazione manageriale" - a.a. 2019-2020

Si accompagnano alla presente richiesta le informazioni richieste nel bando ovvero:

1. **autocertificazione** resa ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 dei requisiti per l'accesso al corso, come specificato all'interno del Bando (mediante compilazione dell'apposito modulo in calce al presente bando)
2. **CURRICULUM IN FORMATO EUROPEO**
3. *ai soli fini della riserva di posti di cui all'art. 10: **autocertificazione** resa ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445 del 28/12/2000 della specifica posizione ricoperta alla data di scadenza del bando (mediante compilazione dell'apposito modulo in calce al presente bando)*

(data)

(firma)

AUTOCERTIFICAZIONE
Esperienze e produzione scientifica

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PARMA**

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ (____) in data _____

ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

- di possedere le seguenti esperienze:

TIPOLOGIA ESPERIENZA CON INDICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE E POSIZIONE RICOPERTA	PRESSO	DAL	AL

- di avere prodotto i seguenti titoli scientifici:
(specificare tutti i dati relativi alle pubblicazioni inclusa la totalità degli autori e la sequenza degli stessi)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016)

Allega: FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

(data)

(firma)

AUTOCERTIFICAZIONE
Requisiti di accesso di cui all'art. 8 del bando

**AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PARMA**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) in data _____

ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

di avere maturato 5 anni di anzianità di servizio nel SSN in posizione dirigenziale presso:

di essere Dirigente sanitario in servizio presso:

_____ (Prov. _____)
Via _____

di essere in possesso di uno dei titoli di studio di cui all'art. 8 del bando di ammissione al corso, così come dettagliatamente riportato nella procedura on-line di pre-iscrizione

Il/La sottoscritto/a DICHIARA, infine di essere consapevole che l'amministrazione universitaria potrà richiedere al sottoscritto adeguata documentazione concernente il possesso della suddetta qualifica.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016)

Allega: FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

_____ (data)

_____ (firma)

AUTOCERTIFICAZIONE
per riserva posti

AL MAGNIFICO RETTORE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (____) in data _____

ai sensi dell' art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

di essere:

Dirigente sanitario in servizio presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna - Viale Aldo Moro, 21 - 40127 Bologna (BO)

Dirigente sanitario in servizio presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale - Regione Emilia Romagna - Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna (BO)

Dirigente che si occupa di materie legate alla sanità, in servizio presso altre Direzioni Generali della Regione Emilia Romagna:

Direzione Generale di _____

Comune _____ Prov. _____

Via _____

Descrizione sintetica attività svolte

Il/La sottoscritto/a DICHIARA, infine di essere consapevole che l'amministrazione universitaria potrà richiedere al sottoscritto adeguata documentazione concernente il possesso della suddetta qualifica.

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016)

Allega: FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

_____ (data)

_____ (firma)