

## 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 [formas@unipr.it](mailto:formas@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:

<b>TIPOLOGIA ESPERIENZA CON INDICAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE E POSIZIONE RICOPERTA</b>	<b>PRESSO</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>

- 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 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)