

**MODULO DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO**

(Le domande devono pervenire presso la sede del Consorzio di Osimo (AN), Piazza Dante Alighieri n. 4, Palazzo Campana,consegnate direttamente o inviate per raccomandata A/R, entro e non oltre **le ore 12,00 del 1° dicembre 2014.** pena la mancata accettazione delle stesse. Non fa fede il timbro postale di partenza. Le buste devono portare l'indicazione “Corso di formazione manageriale di II° livello in Diritto Sanitario e Management delle Aziende sanitarie”).

### Al Magnifico Rettore della

***Università degli Studi di Camerino***

Il/Lasottoscritto/a\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codicefiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al Corso di formazione manageriale di 2° livello in DIRITTO SANITARIO E MANAGEMENT DELLE AZIENDE SANITARIE per direttori sanitari, direttori amministrativi e dirigenti delle professioni sanitarie, pari a 24 CFU e a 214 ore di didattica

in qualità di :

Direttore sanitario---------- (oppure direttore amministrativo, oppure dirigente di professione sanitaria) in servizio presso ……………………………………………………………………………………………………….;

oppure indicare se si sia in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per gli incarichi di cui sopra.

e a tale scopo, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

# DICHIARA

1) DATI PERSONALI

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) SEDE DI SERVIZIO

Struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) di essere a conoscenza del divieto alla duplice iscrizione a corsi universitari;

4) di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo Data

Firma

ALLEGA alla presente, sulla base delle indicazioni esposte nel bando:

1. una fotografia formato tessera;
2. copia in fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;

3. curriculum firmato contenente dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, circa la laurea posseduta. Dal curriculum devono risultare anche: 1) il titolo dirigenziale posseduto, 2) la data di assegnazione dell’incarico dirigenziale, 3) l’indicazione della struttura dove si presta servizio e 4) se questa è ubicata o meno nel territorio della Regione Marche.

Per quanti intendono concorrere sui 5 posti riservati a coloro che sono in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per gli incarichi di direttori sanitari, direttori amministrativi, dirigenti delle professioni sanitarie, ma che al momento della presentazione della richiesta non siano titolari dei predetti incarichi, il curriculum deve indicare la data di iscrizione nell’elenco degli idonei per la nomina di direttori sanitari, direttori amministrativi, dirigenti delle professioni sanitarie, nonché l’anzianità di servizio presso le strutture sanitarie.

## COMUNICA

L’indirizzo eletto per tutti gli avvisi inerenti al corso:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) paese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

...l… sottoscritt…

|  |  |
| --- | --- |
| * AUTORIZZA * NON AUTORIZZA   *(barrare la casella interessata)*  l’Università degli Studi di Camerino e il Consorzio per l’Alta Formazione e lo Sviluppo della Ricerca Scientifica in Diritto Amministrativo con sede in Osimo (AN) a trasmettere i propri dati personali ad Enti Pubblici e Privati che ne facciano richiesta per collaborazioni professionali a vario titolo, stage o assunzioni presso le loro strutture. | * AUTORIZZA * NON AUTORIZZA   *(barrare la casella interessata)*  l’Università degli Studi di Camerino e il Consorzio per l’Alta Formazione e lo Sviluppo della Ricerca Scientifica in Diritto Amministrativo con sede in Osimo (AN) a trasmettere i propri dati personali ad Enti Pubblici e Privati che ne facciano richiesta per comunicazioni relative a corsi di studio, master, scuole di specializzazione ed altre informazioni di carattere pubblicitario. |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo Data

Firma