

**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) _____
appartenente all'ASL _____, struttura ospedaliera
_____ con il seguente ruolo _____

CHIEDE

di essere ammesso 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 _____
in data _____ presso _____
3. di prestare servizio dal _____ (*indicare giorno, mese, anno*) in qualità di _____
presso _____
4. di volere ricevere le comunicazioni inerenti il corso al seguente indirizzo di posta elettronica:

5. di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni.
6. 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 _____

MOD. B

**AL DIRETTORE DEL CORSO DI FORMAZIONE
MANAGEMENT SANITARIO PER DIRIGENTI DI STRUTTURE COMPLESSE**

Il/La sottoscritt_ _____

C.F. _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ (____), in via/piazza _____

CAP _____ Tel _____ Cellulare _____ Email _____

CHIEDE

di perfezionare l'iscrizione alla I edizione del Corso di Formazione "*Management Sanitario per Dirigenti di Strutture Complesse*", a.a. 2011-2012.

ALLEGA ALLA PRESENTE

ricevuta del bonifico *oppure* assegno bancario di €2.714,62 (comprensivo dell'imposta di bollo) effettuato a favore di Fondazione Cultura e salute ONLUS - Corso di management sanitario **IBAN IT14K 01030 16502 000003819330**, con la causale: "*iscrizione al Corso di Formazione in "Management Sanitario per Dirigenti di Strutture Complesse"*"

Messina,.....

Firma

.....