

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Centro Attività Formative
CRO – Centro di Riferimento Oncologico
Via Franco Gallini, 2
33081 Aviano (PN)

Il/La sottoscritt _____
(Nome e Cognome)

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione manageriale per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse del Servizio Sanitario Regionale (*approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 293 del 16 febbraio 2018*).

A tal fine, sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445), consapevole della responsabilità penale e della decadenza dai benefici cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (D.P.R. 445/2000, artt. 75 e 76).

DICHIARA

1. di essere nato/a a _____ il _____,

Codice Fiscale _____

2. di essere residente a _____, (Prov.) _____,

CAP _____, in Via _____, n. _____

3. di avere il seguente domicilio fiscale (*se diverso dalla residenza*) _____

4. di avere i seguenti recapiti:

telefono _____, e-mail _____

5. di essere in possesso dei seguenti titoli obbligatori:

- di aver prestato servizio presso gli Enti del Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia

Giulia, presso (*Ente e indirizzo*) _____

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- Laurea "ante riforma"

- Medicina e Chirurgia
- Medicina veterinaria
- Odontoiatria e protesi dentaria
- Scienze biologiche
- Farmacia
- Fisica
- Psicologia
- Chimica

- Laurea magistrale (D.M. 270/04)

- LM - 41 Medicina e Chirurgia
- LM - 42 Medicina veterinaria
- LM - 46 Odontoiatria e protesi dentaria
- LM - 6 Biologia
- LM - 13 Farmacia e farmacia industriale
- LM - 17 Fisica
- LM - 51 Psicologia
- LM - 54 Scienze chimiche

- Laurea specialistica (D.M. 509/99)

- 46/S Medicina e Chirurgia
- 47/S Medicina veterinaria
- 52/S Odontoiatria e protesi dentaria
- 6/S Biologia
- 14/S Farmacia e farmacia industriale
- 20/S Fisica
- 58/S Psicologia
- 62/S Scienze chimiche

- Titoli equipollenti ai sensi della normativa vigente

(specificare: _____)

Luogo e anno di laurea: _____

Inoltre, relativamente ai titoli preferenziali,

DICHIARA

al momento della domanda,

- di **NON essere** in possesso di un incarico di Direttore di struttura complessa
- di essere in possesso di un incarico di Direttore di struttura complessa, presso (Ente e indirizzo) _____,

con scadenza:

- tra 0 e 1 anno
- tra 1 e 2 anni
- tra 2 e 3 anni
- tra 3 e 4 anni
- tra 4 e 5 anni

Infine,

DICHIARA

- di aver preso visione ed accettare il contenuto dell'avviso di ammissione al corso e dei relativi allegati (Delibera GR 293 del 16 febbraio 2018; Decreto Direttore Centrale n. 469/SPS del 16 marzo 2018; Accordo 10 luglio 2018);
- di impegnarsi al versamento della quota di iscrizione qualora inserito nella posizione utile nell'elenco degli ammessi;
- di essere informato/a (secondo quanto previsto dal D.Lgs.30 giugno 2003 n. 196) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la seguente dichiarazione viene resa.

Allega copia del documento d'identità e riconoscimento _____ ,

n. _____ , rilasciato in data _____ , da (*Ente che ha rilasciato il documento*) _____ , con scadenza in data _____

_____ , li _____

Il/La dichiarante _____