

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Sanitari Aziendali e Direttori di UOC delle Aziende e degli Enti del Servizio Regionale della Regione Campania

Cognome

Nome

Data di nascita

Nato a

Residente in

alla via

CAP

C.F.

Indirizzo Mail

Recapito telefonico

chiede di partecipare in qualità di:

dirigente incaricato di direzione sanitaria aziendale in servizio presso enti o strutture sanitarie pubbliche non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale

dirigente (medico, veterinario, odontoiatra, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo) incaricati di direzione di struttura complessa presso strutture sanitarie pubbliche non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale

medico di qualifica dirigenziale che svolgano attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione (ai sensi del D.P.R. n. 4/4/1997)

dirigente dei ruoli professionali tecnico e amministrativo, in servizio presso le Aziende Sanitarie e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale

Incarico Rivestito in Azienda/Ente

Descrizione incarico rivestito

Dal

Al

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Sanitari Aziendali e Direttori di UOC delle Aziende e degli Enti del Servizio Regionale della Regione Campania

1. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

2. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

3. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Sanitari Aziendali e Direttori di UOC delle Aziende e degli Enti del Servizio Regionale della Regione Campania

4. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

5. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

Il/la sottoscritto/a è consapevole che il perfezionamento della suddetta domanda di partecipazione è subordinato al pagamento della quota di iscrizione prevista nell'Avviso.

Autodichiarazione:

Il/la sottoscritto/a consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nella seguente domanda di partecipazione, corrispondono a verità.

Data

Firma _____