

Domanda di rivalidazione della 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

DATA DI CONSEGUIMENTO DEL TITOLO: __/__/____

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 _____