



Allegato 1

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI RIVALIDAZIONE DEI CERTIFICATI DI FORMAZIONE MANAGERIALE
PER DIRIGENTI SANITARI INCARICATI DELLA DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA (Ed. 2025)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto / La sottoscritta

Cognome

Nome

Data di nascita (gg/mm/anno)

Luogo di nascita

Prov.

Paese di nascita (solo se estero)

Codice Fiscale

Cittadinanza

Residente in

Indirizzo

n.

Città

Prov.

CAP

Paese (solo se estero)

Contatti

E-mail

Cell.

PEC

Incarico attuale*(indicare la posizione)**(indicare la Struttura/U.O)**(specificare l'Ente di appartenenza)*

ai fini della presentazione della domanda di ammissione al Corso di rivalidazione dei certificati di formazione manageriale per Dirigenti sanitari incaricati della Direzione di Struttura Complessa - Ed. 2025

**DICHIARA**

di essere in possesso di certificazione per il management di struttura complessa ai sensi della normativa vigente (art. 16-quinquies del D. Lgs 229/99) da almeno sette anni;

di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

di essere a conoscenza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali) e del Regolamento (UE) 2016/679, che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega alla presente:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità e sottoscritto;
- Codice Fiscale

(luogo e data)

Il dichiarante _____