

**Modello di autocertificazione per l'ammissione al corso di perfezionamento in
Management delle organizzazioni sanitarie a rete per Direttori di Struttura Complessa**
(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di 1° livello per dirigenti di
struttura complessa)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445.

DICHIARA

di essere dipendente di _____

(specificare Azienda / Ente di appartenenza)

di rivestire la qualifica di _____

(es Direttore SOD, Dirigente UOS)

di svolgere la propria attività presso* _____

*(indicare sede di lavoro e Ente / Azienda presso cui è svolta l'attività lavorativa)

- struttura pubblica
- struttura privata accreditata
- struttura privata

RISERVATO AI TITOLARI DI INCARICHI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA DI AZIENDE SANITARIE /OSPEDALIERE - DI CUI AL DLGS. N. 502/92 S.M.I - PRESSO LA REGIONE MARCHE O ALTRE REGIONI CON OBBLIGO DI ACQUISIZIONE DELLA FORMAZIONE MANAGERIALE SULLA BASE DELLA VIGENTE NORMATIVA (cfr. ART 3 punto c) del Bando)

D I C H I A R A

- Di essere Direttore di Struttura Complessa ai sensi del d.lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. presso la Regione Marche con obbligo di acquisizione della formazione manageriale sulla base della vigente normativa.

- Di essere Direttore di Struttura Complessa ai sensi del d.lgs. n. 502 del 1992 s.m.i. presso altra Regione (indicare quale)_____ con obbligo di acquisizione della formazione manageriale sulla base della vigente normativa.

- Di aver maturato un'anzianità di servizio in incarichi di Direzione di Struttura Complessa pari complessivamente a.....anni.....mesi.....giorni.

RISERVATO A COLORO CHE SONO IN POSSESSO DEI REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALLE SELEZIONI PER L'INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA AI SENSI DEL DLGS N. 502 DEL 1992 S.M.I. E DEL DPR 484/97, CHE AL MOMENTO DELLA DOMANDA NON SIANO TITOLARI DEI PREDETTI INCARICHI PRESSO LA REGIONE MARCHE O ALTRE REGIONI (cfr. ART 3 punto d) del Bando)

D I C H I A R A

- Di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per l'incarico di Direzione di Struttura Complessa ai sensi del d.lgs. n. 502 del 1992 s.m.i e del DPR 484/97, ma al momento della presentazione della domanda di non essere titolare dei predetti incarichi presso la Regione Marche o altre Regioni (indicare quale) _____
- Di aver maturato un'anzianità di servizio - *a partire dalla data di possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per l'incarico di Direzione di Struttura Complessa ai sensi del d.lgs. n. 502 del 1992, s.m.i e del DPR 484/1997* – complessivamente pari a.....anni.....mesi.....giorni. Tale anzianità di servizio deve essere riferita alla stessa disciplina o ad una disciplina equipollente a quella per la quale si è in possesso dei requisiti di cui sopra.

RISERVATO A COLORO CHE, NON RIENTRANDO NELLE SITUAZIONI PRECEDENTI, SONO IN SERVIZIO PRESSO LE STRUTTURE SANITARIE DEL TERRITORIO DELLA REGIONE MARCHE oppure PRESSO ALTRA REGIONE (cfr. ART 3 punto e) del Bando)

D I C H I A R A

- Di essere in servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regione Marche oppure altra Regione (indicare quale) _____
- Di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio complessivamente pari a.....anni.....mesi.....giorni.

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Dlgs 196/2003 e del GDPR (General Data Protection Regulation) – Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

(luogo, data)

IL DICHIARANTE
