**** “allegato C”

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO TITOLO DI**

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO**

(Artt. 15 e 16-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.art.7 del D.P.R. 484/1997, accordo Conferenza Stato Regioni del 10/07/2003)

**Spett.le**

**Università Cattolica del Sacro Cuore**

**Unità Master, Dottorati e corsi specializzanti – Roma**

**PEC:** [formazione.manageriale-rm@pec.ucsc.it](mailto:formazione.manageriale-rm@pec.ucsc.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E–mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO DEL**

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO**

Dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sensazioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di trovarsi nella seguente posizione:

□ Direttore sanitario aziendale del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di Dipartimento/Area del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di UOC presso la seguente struttura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Direttore Amministrativo Aziendale del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ □ Medico □ Odontoiatra □ Veterinario □ Farmacista □ Biologo □ Chimico □ Fisico □ Psicologo

□ Dirigente delle professioni sanitarie □ Amministrativo □ Tecnico □ Tecnico sanitario del Sistema Sanitario della Regione Lazio che, pur non avendo Unità Operativa Complessa, ha il seguente requisito:

1. □ Dirigente con incarico di Direzione di Unità Operative Semplici o Semplici Dipartimentali;
2. □ Dirigente con un’anzianità di servizio di almeno 10 anni.

□ □ Medico; □ Odontoiatra; □ Veterinario; □ Farmacista; □ Biologo; □ Chimico; □ Fisico;

□ Psicologo; □ Dirigente delle professioni sanitarie; □ Amministrativo; □ Tecnico; □ Tecnico sanitario

del Sistema Sanitario della Regione Lazio con anzianità di servizio di almeno 5 anni di dirigenza, alla data di scadenza del bando.

□ Dirigenti con incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa non appartenenti al Sistema Sanitario della Regione Lazio.

□ Dirigenti medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie, amministrativi, professionali, tecnici, tecnico-sanitari non appartenenti al Sistema Sanitario della Regione Lazio.

**DI AVER FREQUENTATO, NELL’ANNO ………**

**la seguente attività formativa: ……………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………..…………**

A tal fine allega la seguente documentazione:

□ Copia dell’Attestato di partecipazione

□ Copia del programma dettagliato dell’attività formativa frequentata (documento non necessario per coloro che hanno frequentato corsi/master dell’U.C.S.C.). L’Università si riserva di chiedere ulteriore documentazione al fine di valutare il riconoscimento.

Allega copia di documento di identità in corso di validità e curriculum vitae, debitamente firmato, utile ai fini della composizione dell’aula, come previsto nel bando.

***I dati a Lei richiesti verranno trattati dall’Università Cattolica del Sacro Cuore, in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento Europeo 2016/679 ("GDPR"). La invitiamo a prendere visione dell'Informativa, allegata, relativa al trattamento dei dati personali***

Dichiaro di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali.

li, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(il dichiarante)*