

AII. B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(da allegare in PDF mediante procedura on line)

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ PUBBLICA ED
ORGANIZZAZIONE E GESTIONE SANITARIA PER DIRETTORI DI STRUTTURA
COMPLESSA A.A. 2022/2023**

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi
"G. D'Annunzio" di **Chieti – Pescara**

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome nato/a a
..... (Prov.) il.....
Codice fiscale cittadinanza
residente a..... Prov.
via n. cap
domicilio (*indicare solo se diverso dalla residenza*)
.....Prov.
via n. cap
tel. cell.
e-mail
(*nelle more dell'immatricolazione, vale come recapito per l'invio da parte degli uffici dell'Ateneo per ogni comunicazione*)

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto della dichiarazione non veritiere (artt. 75, 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

al fine di essere ammesso/a, per l'A.A. 2022/2023, al

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ PUBBLICA ED ORGANIZZAZIONE E
GESTIONE SANITARIA PER DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA - A.A. 2022/2023**

D I C H I A R A ¹
sotto la propria responsabilità
(ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

– di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nell'Avviso di ammissione;

¹ Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione (ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni) del titolo posseduto quale requisito di ammissione e dei titoli valutabili.

- di essere a conoscenza che la presentazione della domanda di ammissione on-line non lo esonera, qualora acquisisca il diritto all'iscrizione, dalla formalizzazione della immatricolazione nei termini prescritti;
- di essere in possesso del **diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale** in
(informazione obbligatoria)
.....
conseguito in data nell'anno scolastico
presso l'Istituto/Liceo.....
con sede a (.....)
c.a.p.in via.....
con la votazione finale di
- di appartenere al seguente profilo (*linkare il profilo di interesse*):

Profilo A. <input type="checkbox"/>	Dirigente sanitario incaricato della Direzione di Struttura Complessa, con i requisiti a fianco indicati: Ente di appartenenza: sito nel comune diProv..... Cap.....Via.....N.....	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in servizio presso Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo; ▪ al primo incarico; ▪ non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale;
---	--	--

Profilo B. <input type="checkbox"/>	Dirigente sanitario incaricato della Direzione di Struttura Complessa con i requisiti a fianco indicati: Ente di appartenenza: sito nel comune diProv..... Cap.....Via.....N.....	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in servizio presso Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo; ▪ con incarico successivo al primo; ▪ non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale;
---	---	---

Profilo C. <input type="checkbox"/>	Dirigente sanitario incaricato della Direzione di Struttura Complessa con i requisiti a fianco indicati: Ente di appartenenza: sito nel comune diProv..... Cap.....Via.....N.....	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in servizio presso Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo; ▪ con incarico successivo al primo; ▪ in possesso del certificato di formazione manageriale, da rinnovare;
---	---	--

Profilo D.	Dirigente sanitario incaricato della Direzione di Struttura Complessa con il requisito a fianco indicato:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in servizio presso aziende sanitarie di altre Regioni; ▪ non ancora in possesso dell'attestato di formazione
	<input type="checkbox"/> Ente di appartenenza: sito nel comune diProv..... Cap.....Via.....N.....	

Profilo E.	Dirigente medico, odontoiatria, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico, psicologo in possesso dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale (ex art. 5 del DPR n. 484 del 10/12/1997) che opera in una struttura pubblica della Regione Abruzzo.
	<input type="checkbox"/> Ente di appartenenza: sito nel comune diProv..... Cap.....Via.....N.....

- di essere titolare di incarico di direzione di struttura complessa** con termine di scadenza dell'incarico sotto indicata (*linkare il periodo di interesse*)

Scadenza dell'incarico di struttura complessa tra:
<input type="checkbox"/> 0 e 1 anno
<input type="checkbox"/> 1 e 2 anni
<input type="checkbox"/> 2 e 3 anni
<input type="checkbox"/> 3 e 4 anni
<input type="checkbox"/> 4 e 5 anni

- di NON essere titolare di incarico di struttura complessa ma di essere in possesso dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale (ex art. 5 del DPR n. 484 del 10/12/1997), di avere un'anzianità di servizio di anni e di aver ricoperto i seguenti incarichi di responsabilità di strutture NON a valenza complessa di seguito indicati:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tutte le informazioni relative al Corso saranno rese note con avviso reso pubblico sul sito internet <https://www.unich.it>, alla pagina web "Albo Pretorio Online" e nel seguente link: <https://www.unich.it/didattica/post-lauream/corsi-di-formazione-permanente>
Tale pubblicazione sostituisce tutte le forme di comunicazione scritta al domicilio degli aventi diritto. Il partecipante dichiara di impegnarsi ad assumere ogni informazione utile allo svolgimento del Corso stesso, esonerando l'Università per tutti gli aspetti connessi con la omessa o parziale conoscenza di tali

informazioni per qualunque titolo, ragione o causa.
Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o recapito.

ALLEGATI

- copia digitalizzata in PDF di un documento di identità personale in corso di validità (carta di identità o passaporto, comprensivi del numero di documento, data e luogo del rilascio).

N.B. la modulistica incompleta non verrà accettata.

.....
(luogo e data)

.....
(Il/La dichiarante)

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a
dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Firma leggibile.....

..... li
(luogo e data)