

**Modulo di domanda di partecipazione al
"Corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e
di organizzazione e gestione sanitaria"**

**SPETT.LE ATS Sardegna –
Servizio Formazione, Ricerca
e Cambiamento Organizzativo**

formazione@pec.attsardegna.it

Il/La sottoscritto /a

(Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____

(Luogo di nascita) _____ (gg/mm/aaaa) _____

Cittadinanza: _____

Residente a: _____

(Luogo di residenza) _____ (Provincia o Stato estero) _____

Indirizzo/n.civico _____

CAP _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al "Corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria" per Direttori Generali, attivato, per l'anno 2019, dall'ATS Sardegna, in attuazione della Delibera di Giunta regionale n. 38/13 del 24 luglio 2018, come modificata dalla Delibera di Giunta 21/23 del 4.06.2019;

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di possedere i requisiti di partecipazione previsti dall'articolo 4 dell'Avviso pubblico.

Il sottoscritto dichiara:

1. di rientrare nella seguente tipologia di candidati:
(barrare la voce di appartenenza)

- Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi, Direttori dei Servizi Socio-Sanitari delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, degli IRCSS e Dirigenti dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età al momento della presentazione della domanda.

- Dirigenti del sistema sanitario regionale con adeguate esperienze dirigenziali, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie e che aspirano ad incarichi dirigenziali apicali di Direttore Generale delle Aziende sanitarie e degli Enti del Sistema Sanitario, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età al momento della presentazione della domanda.
 - tutti coloro i quali siano in possesso dei requisiti per essere inseriti nell'elenco degli idonei alla nomina a Direttore Generale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età al momento della presentazione della domanda.
2. di avere conseguito la laurea magistrale del nuovo ordinamento o diploma di laurea del vecchio ordinamento in data _____ con la seguente votazione finale _____ presso l'Università degli Studi di _____;
 3. di ricoprire l'incarico di Dirigente dal _____ al _____
 4. di accettare tutte le disposizioni previste nell'avviso pubblico;
 5. di eleggere per ogni comunicazione recapito al seguente indirizzo:

Città _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cell. _____ E-Mail _____

PEC _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'ATS Sardegna non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Allega alla presente domanda:

- Curriculum vitae in formato europeo, debitamente firmato, completo della dichiarazione di consenso al trattamento dei dati, utile ai fini della valutazione dei titoli e della esperienza di direzione nel campo delle strutture sanitarie ed in enti, aziende, strutture pubbliche o private, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane tecniche o finanziarie
- il certificato di laurea (o titolo equipollente), da cui risultino la data di conseguimento del titolo e la votazione finale; è ammessa, in luogo della presentazione del certificato di laurea, un'autodichiarazione da cui risultino i medesimi elementi;
- altri documenti ritenuti di interesse (es. pubblicazioni, certificato invalidità, certificato/i di conoscenza della lingua Inglese);
- Copia del proprio Documento di identità.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per le ipotesi, ivi indicate, di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che le informazioni fornite contribuiranno all'individuazione dei partecipanti al Corso.

Data _____

Firma _____