

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Campania

Cognome**Nome****Data di nascita****Nato a****Residente in****alla via****CAP****C.F.****Indirizzo Mail****Recapito telefonico****chiede di partecipare in qualità di:**

Direttore Generale in carica delle Aziende e degli Enti sanitari della Campania non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (di cui all'art. 3-bis, c. 4, del D. Lgs n. 502/92)

Direttore Generale in carica delle Aziende e degli Enti sanitari delle altre Regioni e delle Province autonome, non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale (di cui all'art. 3-bis, c. 4, del D. Lgs n. 502/92)

Dirigente in possesso dei requisiti per essere inserito nell'elenco nazionale degli idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale

Incarico Rivestito in Azienda/Ente**Descrizione incarico rivestito****Dal****Al**

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Campania

1. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

2. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

3. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Campania

4. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

5. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

6. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Campania

7. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente**Descrizione ulteriore incarico rivestito****Dal****Al**

8. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente**Descrizione ulteriore incarico rivestito****Dal****Al**

9. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente**Descrizione ulteriore incarico rivestito****Dal****Al**

Domanda di partecipazione al Corso di Formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Campania

10. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

11. Ulteriore Incarico in Azienda/Ente

Descrizione ulteriore incarico rivestito

Dal

Al

Il/la sottoscritto/a è consapevole che il perfezionamento della suddetta domanda di partecipazione è subordinato al pagamento della quota di iscrizione prevista nell'Avviso.

Autodichiarazione:

Il/la sottoscritto/a consapevole che le dichiarazioni false comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara che le informazioni riportate nella seguente domanda di partecipazione, corrispondono a verità.

Data

Firma _____