

**AL DIRETTORE DEL CORSO DI FORMAZIONE  
MANAGEMENT SANITARIO PER DIRIGENTI DI STRUTTURE COMPLESSE**

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

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

indirizzo: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

struttura ospedaliera di appartenenza \_\_\_\_\_

ruolo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare al corso di formazione "Management sanitario per Dirigenti di Strutture Complesse" di cui all'art. 16 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche, organizzato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina e dall'Università degli Studi di Messina, ai sensi dell'art. 11 D.D.G. n.3245/09.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazione, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

1. di essere in possesso dei requisiti per l'ammissione al corso previsti agli art. 3 e 4 del D.Lgs n.502/92, nonché all'art. 16 quinquies comma 5 del D.lgs 502 e s.m.i.;
2. di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_
3. in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
4. di prestare servizio nella struttura di appartenenza sopra indicata dal \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_
5. di volere ricevere le comunicazioni all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.
6. di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni.
7. di aver preso integrale visione del bando.

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

- curriculum vitae;
- copia di un documento di identità in corso di validità.
- pagamento della prima rata, pari a € 800,00 (euro ottocento/00), mediante assegno bancario intestato all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, oppure tramite ricevuta comprovante il bonifico bancario eseguito alle coordinate: **IT 21 Q 05034 16500 000000002148**, con l'indicazione della seguente causale: *"Iscrizione al Corso di Formazione Management Sanitario per Dirigenti di Strutture Complesse" - IX Edizione.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate. Inoltre, esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati; nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679, "GDPR", per gli adempimenti connessi alla presente procedura.