**ALL.1**

**(da inviare in PDF all’indirizzo mail: diiie.sad@strutture.univaq.it)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN SANITÀ PUBBLICA ED ORGANIZZAZIONE E GESTIONE SANITARIA PER

**Direttori Generali, Sanitari ed Amministrativi ed altre figure Dirigenziali (d. legisl. n. 171/2016 art. 1 co. 4; D.P.R. 10.12.1997 n. 484 artt. 1 e 7) a.a. 2022/2023**

Al Direttore del Dipartimento DIIIE

**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 Generali, Sanitari ed Amministrativi ed altre figure Dirigenziali (d. legisl. n. 171/2016 art. 1 co. 4; D.P.R. 10.12.1997 n. 484 artt. 1 e 7) a.a. 2022/2023**

DICHIARA[[1]](#footnote-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;
* 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 appartenere al seguente profilo (scegliere il profilo di interesse):

Profilo A

a) essere direttore generale ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso la Regione Abruzzo, Ente di appartenenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- in servizio presso Azienda Sanitaria della Regione Abruzzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profilo B

b) essere direttore generale ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso altre Regioni;

Profilo C

c) essere direttore sanitario, direttore amministrativo ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i., dirigente delle professioni sanitarie ai sensi del D.P.C.M. 25 gennaio 2008 con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso la Regione Abruzzo;

Profilo D

d) essere direttore sanitario, direttore amministrativo ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i., dirigente delle professioni sanitarie ai sensi del D.P.C.M. 25 gennaio 2008 presso la Regione Abruzzo;

Profilo E

e) essere dirigente di struttura complessa ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso la Regione Abruzzo;

Profilo F

f) essere dirigente di struttura complessa ai sensi del d. legisl. n. 502/1992 e s.m.i. presso la Regione Abruzzo;

Profilo G

g) essere in servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regione Abruzzo.

Data

firma

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. [↑](#footnote-ref-1)