



1506  
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO

Al Magnifico Rettore

## DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Il/la sottoscritto/a.....  
nat... a ..... (prov. ....)  
il ...../...../.....e residente a..... (prov. ....),  
in via ..... n. ....  
tel. .... /....., cell...../.....  
e-mail: .....

**(l'indirizzo e-mail viene eletto quale modalità di comunicazione ufficiale)**

### CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di selezione per l'ammissione al Master di secondo livello in  
**"MANAGEMENT DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE NELL'ERA DIGITALE"** per l'a.a. 2015/2016

#### DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, dichiara:

**di essere in possesso del seguente titolo di studio:**

Laurea in: .....  
conseguito in data ..... /...../..... con votazione di ..... /.....  
presso .....  
Città .....

Se laurea Specialistica/Magistrale conseguita secondo l'ordinamento di cui ai DD.MM. n. 509/99 o 270/10 precisare anche:

classe n. .... in: .....

#### **Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:**

- r Autocertificazione (ai sensi del DPR 445/2000) concernente i requisiti indicati nel Bando di ammissione ai fini della valutazione e conseguente collocazione – in base alle priorità - nella graduatoria di merito;
- r Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- r Altro (precisare).....

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai fini della gestione della procedura di ammissione ai sensi degli artt. 11 e 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)



1506  
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO

**Sezione riservata ai possessori del titolo di studio conseguito all'estero e parte integrante della Domanda di ammissione alla selezione:**

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

r Bachelor's Degree in: .....

r Master's Degree in: .....

r altro (specificare la denominazione) .....

conseguito in data ...../...../..... con votazione di ..... /.....

della durata di anni .....presso.....

città/nazione .....

r per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso

r già dichiarato equipollente al diploma di laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di .....di cui si allega copia

**Il/la sottoscritto/a allega inoltre la seguente documentazione:**

Solo per i possessori di titolo di studio conseguito all'estero:

r copia autenticata del titolo di studio

r traduzione giurata e legalizzata del titolo

r dichiarazione di valore in loco rilasciata dalla Rappresentanza diplomatica Italiana (ambasciata/consolato) competente per territorio

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI MASTER DI II° LIVELLO  
"MANAGEMENT DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE NELL' ERA DIGITALE"**

per l'a.a. 2015/2016

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di III livello per i direttori generali)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**  
(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i)

Il/la sottoscritto/a.....  
nat... a ..... (prov. ....)  
il ...../...../.....e residente a..... (prov. ....),  
in via ..... n. ....

**consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

**DICHIARA**

*(barrare la situazione oggetto di autocertificazione, integrando, se necessario, la durata e la sede di servizio per ciascun incarico che il candidato intende far valere ai fini della formazione della graduatoria)*

- di essere Direttore Generale** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso:
  - la Regione Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_
- di essere Direttore sanitario, Direttore amministrativo** ai sensi del D.Lgs. 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 Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_
- di essere Direttore sanitario, Direttore amministrativo** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., **Dirigente delle professioni sanitarie** ai sensi del D.P.C.M. 25 gennaio 2008 presso
  - la Regione Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_
- di essere Dirigente di struttura complessa** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con obbligo di acquisizione della formazione manageriale in quanto già titolare di incarico dirigenziale presso
  - la Regione Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_
- di essere Dirigente di struttura complessa** ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
  - la Regione Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_

di aver maturato un'anzianità di servizio in incarichi di .....  
pari complessivamente a: ..... anni..... mesi..... giorni,

e precisamente:

data conferimento incarico .....

durata dell'incarico.....

sede di servizio.....

- di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per l'incarico di **Direttore Generale** ai sensi degli artt. 3 e 3 bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., ma di **non essere**, al momento, **titolare del predetto incarico**;
- di essere in servizio presso le strutture sanitarie del territorio
  - o della Regione Marche;
  - o altra Regione (*precisare*) \_\_\_\_\_

di aver maturato un'anzianità di servizio presso le strutture sanitarie del territorio della Regione ..... complessivamente a: ..... anni..... mesi..... giorni,

e precisamente:

posizione occupata e livello di inquadramento formale (o contrattuale) .....

.....

la posizione è stata ricoperta per un periodo di ..... e precisamente dal ...../...../.....

al ...../...../.....

sede di servizio.....

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 11 e 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

Luogo e data .....

\_\_\_\_\_  
(firma)