



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**

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

**CODICE FISCALE .....**)

**CHIEDE**

di essere ammesso alla procedura di selezione per l'ammissione al  
**CORSO DI ALTA FORMAZIONE MANAGERIALE PER I DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA  
NELLA SANITÀ DIGITALE  
a.a. 2018/2019**

**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:**

- 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;
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Altro (precisare).....

I dati richiesti dall'Università sono raccolti in conformità al Regolamento Ue 2016/679 del 27/04/2016

Luogo e data ..... (firma)\_\_\_\_\_



**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:

- Bachelor's Degree in: .....
- Master's Degree in: .....
- altro (specificare la denominazione) .....
- conseguito in data ...../...../..... con votazione di ..... /.....  
della durata di anni .....presso.....  
città/nazione .....
- per il quale fa richiesta di equipollenza, ai soli fini dell'ammissione al Corso
- 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:

- copia autenticata del titolo di studio
- traduzione giurata e legalizzata del titolo
- 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 ALTA FORMAZIONE MANAGERIALE PER I DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA  
NELLA SANITÀ DIGITALE"

per l'a.a. 2018/2019

(valido ai fini dell'acquisizione del certificato di formazione manageriale di I livello per i dirigenti di struttura complessa)

**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 di dirigente di struttura complessa che il candidato intende far valere ai fini della formazione della graduatoria)*

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

e precisamente:

data conferimento incarico .....

durata dell'incarico.....

sede di servizio.....

- di essere in servizio presso le strutture sanitarie** del territorio:
- della Regione Marche;
  - altra Regione *(precisare)* \_\_\_\_\_

- di essere in possesso dei requisiti per la partecipazione alle selezioni per l'incarico di dirigente di struttura** complessa ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e del D.P.R. 484/97 ma di **non essere**, al momento, **titolare del predetto incarico**;

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) .....



1506  
UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI URBINO  
CARLO BO

.....  
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 di essere a conoscenza che ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali forniti saranno trattati dall'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo in qualità di titolare, nel rispetto delle disposizioni vigenti.

Luogo e data .....

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