

ALLEGATO 1

Iscrizione corso DG DS DA

Al Direttore del CEFPAS
Via Mulè n. 1

93100 Caltanissetta

protocollo@cefpas.it

Il/La sottoscritto/a....., nato/a a

il..... e residente in

via.....CAP.....codice fiscale.....

CHIEDE

di essere ammesso/a alla II edizione del **Corso di Formazione manageriale in materia di Sanità pubblica e di Organizzazione e Gestione sanitaria per Direttore generale, Direttore sanitario e Direttore amministrativo delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del SSR - CEFPAS 2021**

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere laureato/a in _____
 - di prestare servizio in qualità di _____
 - presso _____
 - di essere in possesso dei requisiti di ammissione e di volere iscriversi al:
 - Corso per Direttore Generale** di cui all'art. 1, comma 4, del D.Lgs. n.171/2016 e ss.mm.ii., istituito dalla Regione Siciliana con D.A. Salute n. 1085 del 23 novembre 2020
 - Corso per Direttore Sanitario** di cui all'art. 3 del D. Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii., e all'art. 1, comma 1, del DPR n. 484/97 e ss.mm.ii., istituito dalla Regione Siciliana con D.A. Salute n. 47 del 27 gennaio 2021
 - Corso per Direttore Amministrativo** di cui all'art. 3 del D. Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii., istituito dalla Regione Siciliana con D.A. Salute n. 47 del 27 gennaio 2021
 - di essere a conoscenza che potrà accedere al corso suindicato solo al superamento della prova di selezione.
- Chiede di partecipare al corso nella modalità di seguito indicata, essendo a conoscenza che tale opzione è comunque subordinata all'organizzazione dell'ente ed alla preferenza espressa dal partecipante:

- Corso intensivo della durata di 4 mesi. La formazione d'aula sarà erogata in 8 giornate al mese, articolate in 5 ore giornaliere (formula *weekend*)
- Corso semi-intensivo della durata di 8 mesi. La formazione d'aula sarà erogata in 3 giornate al mese articolate in 6/7 ore giornaliere
- Corso annuale della durata di 12 mesi. La formazione d'aula sarà erogata in 2 giornate al mese articolate in 6/7 ore giornaliere

Dichiara, infine, di eleggere, per ogni comunicazione inerente al corso, i seguenti recapiti:

e-mail _____ PEC _____

Telefono _____ cell. _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che il CEFPAS non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/La sottoscritto/a, ai fini dell'iscrizione al corso e per l'accesso alla prova di selezione, allega alla domanda:

- Copia di un documento d'identità in corso di validità;
- Copia del versamento di € 30,00 non rimborsabili sul C/C postale n° 19149913 intestato a CEFPAS, Via G. Mulè n. 1 – 93100 – Caltanissetta ovvero copia bonifico bancario intestato a CEFPAS c/o Banca Intesa San Paolo – Sportello di Tesoreria CEFPAS Viale Trieste 158 – Caltanissetta. Coordinate Bancarie: IBAN IT36 R030 6916 7021 0000 0046 145 specificando nella causale: "cognome e nome del partecipante – Formazione Manageriale per ___ (aggiungere "DG" per Direttori Generali – "DS" per Direttori Sanitari e "DA" per Direttori Amministrativi);
- CV in formato europeo attestante i titoli e l'esperienza lavorativa riportante la seguente dicitura: *"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 nel proprio curriculum vitae, redatto in formato europeo, corrispondono a verità. Autorizza il trattamento dei dati personali presenti nel CV ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)".*

Data _____

Firma
