

**ALLEGATO 1****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE****(Art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)****Il sottoscritto / La sottoscritta**

Cognome

Nome

Data di nascita (gg/mm/anno)

Luogo di nascita

Prov.

Paese di nascita (solo se estero)

Codice Fiscale

Cittadinanza

Residente in

Indirizzo

n.

Città

Prov.

CAP

Paese (solo se estero)

Contatti

E-mail

Cell.

PEC

Incarico attuale*(indicare la posizione)**(indicare la Struttura/U.O)**(specificare l'Ente di appartenenza)*

ai fini della presentazione della domanda di ammissione al “Corso di formazione manageriale per Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario”, edizione 2023,

DICHIARA

di appartenere al seguente profilo *(barrare la casella di appartenenza)*:

- PROFILO A** (specificare l'incarico, l'ente di appartenenza e l'anzianità di incarico)
- Direttore Sanitario presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia: _____
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 con anzianità di incarico di _____ mesi.
- Direttore Amministrativo presso la seguente Azienda o Ente pubblico del Sistema Sanitario della Regione Puglia: _____
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019 con anzianità di incarico di _____ mesi.
- PROFILO B** (specificare l'albo di appartenenza e l'anzianità di incarico)
- Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia,
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di _____ mesi.
- Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Amministrativo delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia ed attualmente operante in Regione Puglia,
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, con anzianità di incarico nella direzione tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di _____ mesi.
- PROFILO C** (specificare l'anzianità di servizio)
- Dirigente della Regione Puglia e degli Enti direttamente controllate dalla stessa con un'anzianità di servizio di _____ mesi.
- PROFILO D** (specificare l'Ente di appartenenza)
- Direttore Generale in carica, **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia _____
con un numero di posti letto non inferiore a duecentocinquanta ovvero che impiega in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento;
- Direttore Sanitario in carica, **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia _____
con un numero di posti letto non inferiore a duecentocinquanta ovvero che impiega in attività

sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento;

- Direttore Amministrativo in carica, **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, presso l'Azienda sanitaria privata autorizzata/accreditata dal Sistema Sanitario della Regione Puglia

_____ con un numero di posti letto non inferiore a duecentocinquanta ovvero che impiega in attività sanitarie un numero di dipendenti appartenenti alle categorie professionali del ruolo sanitario non inferiore a trecento.

- PROFILO E** (specificare se pubblico o privato, l'Ente di Appartenenza e l'anzianità di servizio)
 - Dirigente pubblico di _____ con un'anzianità di servizio _____ mesi.
 - Dirigente privato di _____ con un'anzianità di servizio _____ mesi.
- PROFILO F** (specificare l'incarico, l'Ente e la Regione/Provincia autonoma di appartenenza e l'anzianità di incarico)
 - Direttore Sanitario in carica, **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, presso l'Azienda/Ente _____ della Regione _____ o della Provincia autonoma di _____ con anzianità di incarico di _____ mesi.
 - Direttore Amministrativo in carica **non ancora in possesso del certificato** di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, presso l'Azienda/Ente _____ della Regione _____ o della Provincia autonoma di _____ con anzianità di incarico di _____ mesi.
- PROFILO G** (specificare la Regione/Provincia autonoma e l'anzianità di incarico)
 - Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Sanitario delle Aziende ed Enti della Regione _____ o della Provincia autonoma _____
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, con anzianità di incarico nella direzione tecnico-sanitaria e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di _____ mesi.
 - Dirigente presente nell'albo degli idonei alla nomina di Direttore Amministrativo delle Aziende ed Enti della Regione _____ o della Provincia autonoma _____
non ancora in possesso del certificato di formazione manageriale per Direttore Generale delle Aziende sanitarie ed altri Enti del S.N., di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19/05/2019, con

anzianità di incarico nella direzione tecnica o amministrativa e diretta responsabilità delle risorse umane, finanziarie e strumentali di _____ mesi.

PROFILO H (specificare il Titolo di Laurea)

Titolo di studio _____ conseguito il _____
presso _____

Il sottoscritto / La sottoscritta dichiara:

- di essere a conoscenza delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445. Inoltre, dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;
- di essere a conoscenza, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali) e del Regolamento (UE) 2016/679, che i propri dati saranno trattati dall'Università per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega:

- fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità;
- codice fiscale.

(Luogo e data)

Il dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)