



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE IN TEMA DI VALUTAZIONE E ANALISI DELLE PERFORMANCE DELLE AZIENDE SANITARIE ANNO 2016

All' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Via Puglie n. 23
00187, Roma

Dati anagrafici

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ nazionalità _____

il _____ / _____ / _____ provincia _____ (_____)

residente in _____ provincia _____ (_____)

via/piazza _____ numero civico _____ c.a.p. _____

telefono _____ email _____

Documento di riconoscimento _____

Rilasciato da _____ il _____ / _____ / _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità penali ed amministrative previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art. 76 del d.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere cittadino italiano/cittadino di uno Stato membro dell'Unione Europea;



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
_____ conseguito presso
_____ in
data _____ con il voto _____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica dal _____ (*per il profilo A*);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici-chirurghi di _____ dal _____ (*per il profilo A*);
- di avere conoscenza di base di epidemiologia ed organizzazione dei servizi sanitari (*per il profilo A*);
- di non essere dipendente a tempo indeterminato delle pubbliche amministrazione e di enti pubblici e/o privati, né di versare in stato di quiescenza;
- di avere i seguenti criteri preferenziali per la selezione (*specificare secondo il profilo prescelto come da avviso*): _____;
- di accettare tutte le disposizioni del bando del corso di formazione.

CHIEDE

di essere ammesso/a al Corso di formazione in tema di valutazione e analisi delle performance delle aziende sanitarie istituito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Age.Na.S. per l'anno 2016.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Dichiara, inoltre, di eleggere per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo:

città _____ provincia _____ (_____)

via/piazza _____ numero civico _____ c.a.p. _____

telefono _____ email _____

impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Age.Na.S. non si assume alcuna responsabilità in caso di inefficaci comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del candidato, oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi o ritardi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 autorizza l'Age.Na.S. al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità connesse alla gestione del corso e autorizza la loro pubblicazione sul sito internet dell'Age.Na.S. unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

A tal fine allega alla presente:

- a) fotocopia fronte/retro di un valido documento di identità debitamente sottoscritta;
- b) dettagliato *curriculum vitae et studiorum* debitamente sottoscritto.

Luogo e data

Firma
