

**D.D. 2990/2024**

**Anno accademico 2024/2025**

**Avviso di selezione per l'ammissione al corso di Alta Formazione in**

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO**

**Dipartimento di:** Sanità Pubblica e Malattie Infettive

**Facoltà di:** Farmacia e Medicina

**Direttore:** Prof. Paolo Villari

**Codice Infostud:** 30875

#### **Art. 1 - ATTIVAZIONE DEL CORSO**

È indetta la selezione per l'ammissione al Corso di Alta Formazione in “**Corso Di Formazione Manageriale in ambito sanitario**” attivato per l'a.a. 2024/2025, le cui caratteristiche principali sono descritte nel Piano Formativo pubblicato nella pagina dedicata al presente corso. Tale Corso prevede l'acquisizione di 19 CFU. Per i soggetti non “dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni” per i quali non è obbligatoria la prova finale il numero dei CFU è pari a 17.

#### **Art. 2 - REQUISITI DI AMMISSIONE**

Per accedere al corso si deve essere in possesso del titolo di studio indicato nel Piano Formativo alla voce requisiti di ammissione: diploma di laurea.

#### **Art. 3 - COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI PREISCRIZIONE**

Per partecipare al concorso di ammissione il candidato deve, **a pena di esclusione**, seguire le istruzioni qui illustrate:

##### **a) REGISTRAZIONE AL SISTEMA INFORMATICO INFOSTUD**

Alla pagina <https://www.studenti.uniroma1.it/phoenixreg/#/> è possibile registrarsi al sistema Infostud e ottenere un numero di matricola e una password; per accedere a Infostud sono necessarie le credenziali Spid o CIE; se il candidato ha già un numero di matricola Sapienza non dovrà registrarsi nuovamente, ma utilizzare numero di matricola e password di cui è già in possesso; qualora la matricola e password fossero stati dimenticati, è possibile recuperare i propri dati alla pagina <https://www.studenti.uniroma1.it/phoenix/#/recuperaPassword>. E' necessario inoltre inserire sul proprio profilo Infostud il titolo universitario posseduto, utile all'ammissione al Corso (dopo l'accesso a Infostud cliccare su “Profilo” e poi su “Titoli universitari”). Il numero di matricola dovrà essere inserito nella domanda di ammissione al Corso.

**ATTENZIONE:** Eventuali comunicazioni saranno inoltrate esclusivamente all'indirizzo e-mail segnalato al momento della registrazione su Infostud. Si raccomanda ai candidati di controllare l'esattezza dell'indirizzo di posta inserito. Gli studenti già registrati sul sistema Infostud devono

verificare/inserire il proprio indirizzo e-mail mediante la funzione Dati utente > modifica dati accesso.

**b) PREDISPOSIZIONE DOMANDA DI AMMISSIONE:**

Compilare la domanda utilizzando uno dei moduli in allegato (**Allegato 1 - per coloro i quali fanno richiesta di partecipazione all'intero corso; Allegato 2 - per coloro i quali fanno richiesta di partecipazione all'intero corso per soggetti non "dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni"**), inserendo il numero di matricola ottenuto come sopra, firmarla con firma leggibile e corredandola di Fotocopia di un documento d'identità valido (Carta d'Identità – Patente Auto - Passaporto)

Alla domanda di ammissione devono essere **obbligatoriamente** allegati:

- Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali (Allegato 3);
- Curriculum vitae.

**Per i candidati con titolo conseguito all'estero** è necessario presentare, in aggiunta a quanto già descritto, uno dei seguenti documenti:

- Dichiarazione di Valore in Loco rilasciata dall'Autorità consolare italiana del paese di studio (corredato da transcript of records + copia del diploma finale)

**oppure**

- Attestato di Comparabilità CIMEA corredato da Attestato di Verifica CIMEA (accedendo alla piattaforma CIMEA: <http://www.cimea.it/it/servizi/attestati-di-comparabilita-e-certificazione-dei-titoli/attestati-di-comparabilita-e-di-verifica-dei-titoli-diplome.aspx>)

**oppure**

- Diploma Supplement (se trattasi di titolo europeo) rilasciato dall'Università di provenienza e legalizzato presso l'Ambasciata italiana dal paese di studio.

Coloro che presentino documentazione incompleta sono **ammessi con riserva** e non possono perfezionare l'iscrizione fino alla presentazione di tutta la documentazione richiesta.

*I cittadini e le cittadine extracomunitari/e residenti all'estero devono rispettare le disposizioni interministeriali contenute nella circolare "Procedure per l'ingresso, il soggiorno e l'immatricolazione degli studenti stranieri/internazionali ai corsi di formazione superiore in Italia anno accademico 2024-2025, disponibile al link: <https://www.studiare-in-italia.it/studentistranieri/>".*

**Per i candidati con riconoscimento di invalidità ai sensi dell'art. 3, comma 1 e 3, della legge n. 104 del 1992 e/o con invalidità pari o superiore al 66% alla domanda di ammissione andrà allegata:**

- copia del certificato di invalidità rilasciato a norma di legge, pena l'esclusione dalle agevolazioni previste. Il medesimo certificato va inoltrato anche al Settore per le relazioni con gli studenti disabili al seguente indirizzo email: [sportellodisabili@uniroma1.it](mailto:sportellodisabili@uniroma1.it) e per conoscenza al settore: [altaformazione@uniroma1.it](mailto:altaformazione@uniroma1.it).

Non saranno accettate domande con documentazione incompleta, presentate con modalità diverse da quelle previste o presentate in data successiva al termine di scadenza.

**c) INVIO della DOMANDA DI AMMISSIONE:**

Il candidato invia la domanda di ammissione corredata dei documenti richiesti entro il **14 dicembre 2024**, secondo una delle seguenti modalità previste:

- Invio telematico all'indirizzo di posta elettronica: [altaformazione@uniroma1.it](mailto:altaformazione@uniroma1.it)

#### **Art. 4 - GRADUATORIA DEGLI AMMESSI**

La segreteria del Corso provvede alla verifica dei requisiti di ammissione, a cui segue la pubblicazione dell'elenco/graduatoria dei partecipanti al Corso di Alta Formazione, **entro il 13 gennaio 2025**.

Successivamente alla pubblicazione della graduatoria è possibile iscriversi al Corso pagando la tassa di iscrizione secondo le modalità indicate all'art.6 del presente avviso.

#### **Art. 5 – QUOTA DI ISCRIZIONE**

La partecipazione al Corso prevede un importo di:

- € 2.000 (quota per l'intero Corso di Alta Formazione con rilascio dell'Attestato di Formazione Manageriale da parte della Regione Lazio e il rilascio dell'Attestato di Alta Formazione da parte dell'Università)
- 1.500 euro (quota per l'intero corso riservata ai soggetti non "dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni", con rilascio solo dell'Attestato del Corso di Alta Formazione da parte dell'Università), più l'imposta di bollo di € 16,00 assolta virtualmente da versare secondo le modalità dell'art. 6 entro e non oltre il **07 febbraio 2025**.

Gli studenti con invalidità riconosciuta pari o superiore al 66% o con riconoscimento di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 sono esonerati dal 50% della quota di iscrizione. Per usufruire della riduzione, gli studenti debbono inviare la documentazione attestante l'invalidità a [sportellodisabili@uniroma1.it](mailto:sportellodisabili@uniroma1.it) e per conoscenza al settore [altaformazione@uniroma1.it](mailto:altaformazione@uniroma1.it).

La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo ed esclusivamente nel caso in cui il corso non venga attivato.

#### **Art. 6 – MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE**

Lo studente ammesso al corso deve accedere ad Infostud2.0 con le credenziali Spid o CIE (Carta d'identità elettronica) dalla pagina <https://www.uniroma1.it/it/pagina-strutturale/studenti> con matricola e password, cliccare sul box "CORSI DI FORMAZIONE", poi cliccare su "TASSE - Immatricolazione", inserire il codice del corso indicato in questo avviso e seguire le istruzioni successive.

Il pagamento della quota di iscrizione deve avvenire entro la data di scadenza prevista all'art. 5 del presente avviso, attraverso il bollettino scaricato da Infostud secondo le modalità illustrate alla pagina web del sito istituzionale Sapienza: <https://www.uniroma1.it/it/pagina/come-pagaremodalità1>

**Carta del Docente:** I docenti di ruolo delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado possono pagare fino ad € 500,00 mediante l'utilizzo della cosiddetta "Carta del Docente".

In tal caso, dopo la scadenza indicata all'art. 2, il partecipante ammesso al corso deve scrivere all'indirizzo e-mail [altaformazione@uniroma1.it](mailto:altaformazione@uniroma1.it) allegando il bonus generato dal sito MIUR per ricevere, sempre tramite e-mail, un bollettino per pagare la differenza, se dovuta, tra la quota di iscrizione al corso e l'importo del bonus.

**Finanziamento da parte di un'azienda:** Per finanziare l'iscrizione di una persona o più persone ad un corso è necessario che i beneficiari del finanziamento si registrino su Infostud, e successivamente compiere i seguenti passaggi:

**Fase 1):** l'azienda finanziatrice dovrà inoltrare una email al seguente indirizzo :

[altaformazione@uniroma1.it](mailto:altaformazione@uniroma1.it) richiedendo i dati per effettuare il pagamento e il nominativo del/i beneficiario/i.

**Fase 2):** dopo aver effettuato il pagamento inviare una mail con i propri riferimenti (nome azienda, partita iva/codice fiscale, recapiti, nome cognome e matricola del/dei beneficiario/beneficiari) all'indirizzo [settoreentrate@uniroma1.it](mailto:settoreentrate@uniroma1.it).

## **Art. 7 – DURATA E ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ FORMATIVE**

Il Corso dura 7 mesi

Le lezioni inizieranno nel mese di marzo 2025 e si concluderanno nel mese di ottobre 2025.

L'attività didattica in aula (136 ore) comprende sia lezioni ex-cattedra sia esercitazioni e lavori a piccoli gruppi supervisionati dal docente. Oltre all'attività didattica in aula ed all'auto-apprendimento (particolarmente importante in considerazione degli elevati contenuti tecnico-applicativi del Corso), è prevista una attività didattica individuale della durata di 50 ore finalizzata alla preparazione ed alla stesura, sotto la supervisione di un tutor, di un elaborato dedicato ad una tematica già affrontata dai partecipanti nell'ambito della propria attività, riesaminata con gli strumenti operativi appresi durante il Corso. L'elaborato finale non è obbligatorio per i soggetti non "dirigenti con anzianità di servizio di almeno 5 anni"

La frequenza del corso è obbligatoria (almeno all'80%). La mancata frequenza per un numero di ore superiore al 20% comporta la decadenza dal corso. In tal caso le quote di iscrizione versate non saranno rimborsate. Il raggiungimento della frequenza prevista dà diritto all'attestato di frequenza e permette l'eventuale riconoscimento di CFU secondo quanto segue:

1. I Cfu acquisiti nei Corsi di Alta formazione sono riconoscibili, secondo le norme vigenti, in un Corso di laurea di I o II livello (fino a un massimo di 12 Cfu) e in un corso di Master di I o II livello.

## **Art. 8 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Con riferimento alle disposizioni previste dal Regolamento UE n. 679/2016 del 27.04.2016 "REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI" concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, è presente apposita informativa allegata parte integrante del presente Avviso, di cui prendere visione.

## **ART. 9 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Il Corso di cui al presente Avviso è disciplinato dal "Regolamento in materia di corsi di master, corsi di alta formazione, corsi di formazione, corsi intensivi e consultabile al seguente link:

<https://www.uniroma1.it/it/documento/regolamento-materia-di-corsi-di-master-corsi-di-alta-formazione-corsi-di-formazione-corsi>

Per quanto non specificato nel presente Avviso di selezione si fa riferimento alla normativa vigente.

Roma 9 luglio 2024

F.to

La Direttrice dell'Area Offerta Formativa e Diritto allo studio

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO - RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'INTERO CORSO**

Al Direttore del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario

Prof. Paolo Villari  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Sapienza Università degli Studi di Roma  
Presso: Edificio di Igiene G. Sanarelli  
Piazzale Aldo Moro, 5 - Cap 00185, Roma

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome, Nome

---

Codice fiscale

---

Nazionalità

---

Luogo e data di nascita

---

Indirizzo di residenza (Città, provincia, via, cap)

---

Indirizzo mail

---

Numero di telefono fisso e numero di cellulare

---

Numero di matricola Infostud

---

Ente finanziatore (se presente)

---

Indirizzo dell'Ente finanziatore

---

Partita IVA dell'Ente finanziatore

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

**Di essere in possesso del seguente titolo**

☐ Laurea Magistrale ☐ Laurea triennale ☐ Diploma di maturità ☐ Altro (specificare)

\_\_\_\_\_  
Denominazione del Corso di studio

\_\_\_\_\_  
Istituto/Università in cui è stato conseguito il titolo di studio

\_\_\_\_\_  
Data di conseguimento del titolo di studio

\_\_\_\_\_  
Votazione

☐ Di aver preso visione del bando e del Piano Formativo del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario

**CHIEDE**

**di essere ammesso al Corso di Alta Formazione, di Sapienza Università di Roma in**

CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO  
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE  
FACOLTÀ DI FARMACIA E MEDICINA  
ANNO ACCADEMICO 2024/2025

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sensazioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di trovarsi nella seguente posizione:

☐ Direttore sanitario aziendale del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_  
A decorrere dal \_\_\_\_\_

☐ Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di Dipartimento/Area del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura:

\_\_\_\_\_  
A decorrere dal \_\_\_\_\_

☐ Dirigente di Unità Operativa Complessa con incarico di Direzione di UOC presso la seguente struttura

\_\_\_\_\_  
A decorrere dal \_\_\_\_\_

☐ Direttore Amministrativo Aziendale del Sistema Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

- ☐ Dirigente    ☐ Medico    ☐ Odontoiatra    ☐ Veterinario    ☐ Farmacista    ☐ Biologo    ☐ Chimico  
☐ Fisico    ☐ Psicologo    ☐ Dirigente delle professioni sanitarie  
☐ Amministrativo    ☐ Tecnico    ☐ Tecnico sanitario del Sistema Sanitario della  
Regione Lazio che, pur non avendo Unità Operativa Complessa, ha il seguente  
requisito:  
a.    ☐ Dirigente con incarico di Direzione di Unità Operativa Semplice o Semplice  
Dipartimentale presso la seguente struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

- b.    ☐ Dirigente con un'anzianità di servizio di almeno 10 anni presso la seguente  
struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

- ☐ Dirigente    ☐ Medico    ☐ Odontoiatra    ☐ Veterinario    ☐ Farmacista    ☐ Biologo  
☐ Chimico    ☐ Fisico    ☐ Psicologo    ☐ Dirigente delle professioni sanitarie  
☐ Amministrativo    ☐ Tecnico    ☐ Tecnico sanitario del Sistema Sanitario della  
Regione Lazio con anzianità di servizio di almeno 5 anni di dirigenza, alla data di  
scadenza del bando presso la seguente struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

- ☐ Dirigenti con incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa **non** appartenenti al Sistema  
Sanitario della Regione Lazio presso la seguente struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

- ☐ Dirigente    ☐ Medico    ☐ Odontoiatra    ☐ Veterinario    ☐ Farmacista    ☐ Biologo    ☐  
Chimico    ☐ Fisico    ☐ Psicologo    ☐ Dirigente delle professioni sanitarie  
☐ Amministrativo    ☐ Tecnico    ☐ Tecnico sanitario **non** appartenente al Sistema  
Sanitario della Regione Lazio, presso la seguente struttura

---

A decorrere dal \_\_\_\_\_

*A tal fine, allega alla presente:*

- Fotocopia di un documento d'identità valido, debitamente sottoscritto e leggibile (Carta d'Identità, Patente Auto, Passaporto);

- Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali (Allegato 3);
- Autocertificazione attività lavorativa dirigenziale (Allegato 4);
- Curriculum vitae

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto e di approvare il Bando e il Piano Formativo del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario.

**Data**

**Firma autografa del/la candidato/a**

---

---



**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO - RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'INTERO CORSO PER SOGGETTI NON "DIRIGENTI CON ANZIANITÀ DI SERVIZIO DI ALMENO 5 ANNI"**

Al Direttore del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario

Prof. Paolo Villari  
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive  
Sapienza Università degli Studi di Roma  
Presso: Edificio di Igiene G. Sanarelli  
Piazzale Aldo Moro, 5 - Cap 00185, Roma

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome, Nome

\_\_\_\_\_  
Codice fiscale

\_\_\_\_\_  
Nazionalità

\_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita

\_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza (Città, provincia, via, cap)

\_\_\_\_\_  
Indirizzo mail

\_\_\_\_\_  
Numero di telefono fisso e numero di cellulare

\_\_\_\_\_  
Numero di matricola Infostud

\_\_\_\_\_  
Ente finanziatore (se presente)

\_\_\_\_\_  
Indirizzo dell'Ente finanziatore

\_\_\_\_\_  
Partita IVA dell'Ente finanziatore

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

**Di essere in possesso del seguente titolo/diploma di studio universitario**

☐ Laurea Magistrale ☐ Laurea triennale ☐ Diploma di maturità ☐ Altro (specificare)

---

Denominazione del Corso di studio

---

Istituto/Università in cui è stato conseguito il titolo di studio

---

Data di conseguimento del titolo di studio

---

Votazione

☐ Di aver preso visione del bando e del Piano Formativo del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario

**CHIEDE**

**di essere ammesso al Corso di Alta Formazione, di Sapienza Università di Roma in**

CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO

DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA E MALATTIE INFETTIVE

FACOLTÀ DI FARMACIA E MEDICINA

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

**DICHIARA**

- ☐ **Di essere un dirigente con anzianità di servizio inferiore ai 5 anni**  
☐ **Di non essere un dirigente e di avere un'anzianità di servizio inferiore ai 5 anni**

*A tal fine, allega alla presente:*

- Fotocopia di un documento d'identità valido, debitamente sottoscritto e leggibile (Carta d'Identità, Patente Auto, Passaporto);
- Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali (Allegato 3);
- Autocertificazione attività lavorativa dirigenziale (Allegato 4 - solo per dirigenti con anzianità di servizio inferiori ai 5 anni);
- Curriculum vitae

**Per candidati con titolo conseguito in un paese dell'Unione Europea:**

Autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, del titolo di laurea con elenco esami e relative votazioni in italiano o in inglese.

**Per candidati con titolo conseguito in un paese NON appartenente all'Unione Europea:**

Autocertificazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, del titolo di laurea con elenco esami e relative votazioni in italiano o in inglese.

- Dichiarazione di consenso per il trattamento dei dati personali (Allegato 4);

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto e di approvare il Bando e il Piano Formativo del Corso di Formazione in Management in Ambito Sanitario.

**Data**

**Firma autografa del/la candidato/a**

---

---

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679  
"REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI"**

Titolare del trattamento dei dati

E' titolare del trattamento dei dati l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; legale rappresentante dell'Università è il Rettore pro tempore.

Dati di contatto: [urp@uniroma1.it](mailto:urp@uniroma1.it); PEC: [protocollosapienza@cert.uniroma1.it](mailto:protocollosapienza@cert.uniroma1.it)

Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati  
[rpd@uniroma1.it](mailto:rpd@uniroma1.it); PEC: [rpd@cert.uniroma1.it](mailto:rpd@cert.uniroma1.it)

Base giuridica e finalità del trattamento.

Ai sensi dell'art. 6 del Regolamento il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

I dati forniti verranno trattati nella misura strettamente necessaria e per le finalità connesse all'iscrizione ed allo svolgimento dei Corsi di Master.

In particolare i dati forniti saranno raccolti e trattati per il perseguimento delle seguenti finalità: accertamento della sussistenza dei requisiti richiesti per la partecipazione alle prove selettive;

Natura del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto

I dati personali conferiti sono trattati in osservanza dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, previsti dalla legge, anche con l'ausilio di strumenti informatici e telematici atti a memorizzare e gestire i dati stessi, e, comunque, in modo tale da garantirne la sicurezza e tutelare la massima riservatezza dell'interessato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto di conferimento di dati comporta l'impossibilità per il Titolare, per il Responsabile e per gli incaricati di effettuare le operazioni di trattamento dati e, quindi, l'impossibilità di dare corso all'iscrizione al concorso e alla gestione delle attività procedurali correlate.

Modalità del trattamento e soggetti autorizzati al trattamento

La raccolta dei dati avviene nel rispetto dei principi di pertinenza, completezza e non eccedenza in relazione ai fini per i quali sono trattati.

Il trattamento dei dati sopra indicati avviene in base a procedure manuali, cartacee e informatizzate, mediante il loro inserimento in archivi cartacei e/o informatici esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni di legge ovvero per finalità amministrative e didattiche, da parte dei soggetti incaricati al trattamento dei dati stessi.

Diritti dell'interessato

L'interessato potrà chiedere al titolare o al responsabile della protezione dei dati, sopra indicato, ricorrendone le condizioni, l'accesso ai dati personali ai sensi dell'art. 15 del Regolamento, la rettifica degli stessi ai sensi dell'art. 16 del Regolamento, la cancellazione degli stessi ai sensi dell'art. 17 del Regolamento o la limitazione del trattamento ai sensi dell'art. 18 del Regolamento, ovvero potrà opporsi al loro trattamento ai sensi dell'art. 21 del Regolamento, oltre a poter esercitare il diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell'art. 20 del Regolamento.

In caso di violazione delle disposizioni del Regolamento, l'interessato potrà proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

La partecipazione al concorso con le modalità di cui al presente avviso implica la presa di conoscenza della suddetta informativa.

**Allegato 4 – Autocertificazione attività lavorativa dirigenziale**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Art. 47, D.P.R. 28/12/2000 n° 445**

Io sottoscritto/a ..... nato/a a

.....Prov (.....)

il ..... CF ..... residente a

..... Prov (.....) in via

..... nr. ....

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. stesso,

**DICHIARO**

assumendomi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R., ogni responsabilità in merito a quanto dichiarato nella presente domanda:

☐ di ricoprire attualmente la seguente posizione (*specificare una posizione tra Direttore Sanitario Aziendale; Dirigente di UOC con incarico di Direzione di Dipartimento/Area; Dirigente di UOC con incarico di direzione di UOC; Direttore Amministrativo aziendale; Dirigenti con incarico di Direzione di UOS o Semplice Dipartimentale; Dirigente Medico/ Odontoiatra/ Veterinario/ Farmacista/ Biologo/ Chimico/ Fisico/ Psicologo/ delle Professioni Sanitarie/ Amministrativo/ Tecnico/ Tecnico Sanitario con 5/10 anni di anzianità di servizio*):

.....  
.....

☐ presso la seguente azienda/struttura del Sistema Sanitario della Regione Lazio

.....  
.....

☐ presso la seguente struttura non appartenente al Sistema Sanitario della Regione Lazio

.....  
.....

☐ A decorrere dal .....

Allego alla presente dichiarazione copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Ai sensi dell'informativa dell'art. 13 del Regolamento Ue N. 679/2016 del 27.04.2016 "Regolamento Generale Sulla Protezione Dei Dati" è titolare del trattamento dei dati l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"; legale rappresentante dell'Università è il Rettore pro tempore. Dati di contatto: urp@uniroma1.it; PEC: protocollosapienza@cert.uniroma1.it. Dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati rpd@uniroma1.it; PEC: rpd@cert.uniroma1.it.

Si informa che il trattamento dei dati contenuti nelle domande di concorso è finalizzato unicamente alla gestione della procedura di valutazione comparativa e dell'eventuale procedimento di immatricolazione per la gestione della carriera studentesca.

Luogo e data

Firma del dichiarante

---