

Anno accademico 2019/2020

Dipartimento di: Sanità Pubblica e Malattie Infettive

Facoltà di: Farmacia e Medicina

Bando per l'ammissione al Corso di Alta Formazione in: Corso di Formazione Manageriale in Ambito Sanitario

Direttore: Prof. Paolo Villari

Codice di iscrizione Infostud 30875

Art. 1 – Modalità di presentazione della domanda di ammissione

Per iscriversi al Corso i candidati dovranno osservare le seguenti modalità:

1 – Registrarsi al sistema informativo dell'Università (Infostud) accedendo al sito dell'Università <https://www.uniroma1.it/it/pagina-strutturale/studenti>

Al termine della registrazione il sistema rilascerà un numero di matricola e la password per accedere al sistema Infostud. Il numero di matricola dovrà essere inserito nella domanda di ammissione al Corso di Alta Formazione.

ATTENZIONE: è importante inserire nei recapiti un indirizzo mail valido, perché la procedura di recupero della password avviene tramite mail.

Se il candidato è stato già studente della Sapienza non deve registrarsi, in quanto è già in possesso del numero di matricola. Se non ricorda la matricola o la password può seguire la procedura automatica di recupero del sistema Infostud.

2 – Compilare la domanda di ammissione al Corso, in carta semplice, utilizzando il modulo allegato al presente bando (**Allegato 1 - per coloro i quali fanno richiesta di partecipazione all'intero corso; Allegato 2 - per coloro i quali fanno richiesta di partecipazione a percorsi ridotti previo parziale riconoscimento di periodi formativi già svolti nell'ambito di altri corsi di formazione manageriale in ambito sanitario**).

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

- 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);
- Curriculum vitae;
- Autocertificazione del titolo universitario conseguito.

DOMANDE DI AMMISSIONE DEI CANDIDATI IN POSSESSO DI TITOLO ACCADEMICO CONSEGUITO ALL'ESTERO



Oltre a presentare la domanda di ammissione con le modalità indicate nel presente articolo, i candidati in possesso di un titolo accademico conseguito all'estero dovranno far pervenire, inderogabilmente entro la medesima data di scadenza del 10/04/2020

• **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:** certificazione di laurea con elenco esami e relative votazioni tradotto e legalizzato in italiano o in inglese.

La domanda di ammissione, **sottoscritta dal candidato e** corredata dagli allegati, deve pervenire **entro e non oltre il 10/04/2020** secondo le seguenti modalità:

- **Consegna a mano** della domanda di ammissione nei seguenti giorni ed orari:
Segreteria didattica del Corso: (Dott.ssa M. Rosaria Vacchio)
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, p.le A. Moro 5 – 00185, Roma
Piano terra stanza n. 13
Giorni/Orari di apertura dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle 15.00.
Tel. 06/49914986 – e-mail rosaria.vacchio@uniroma1.it
- **Raccomandata A/R** al seguente indirizzo:
Direttore del Corso di Formazione Manageriale in Ambito Sanitario
Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, p.le A. Moro, 5 – 00185, Roma.

Oppure

- mediante invio della domanda corredata di tutti gli allegati scansionati al seguente indirizzo di posta elettronica: altaformazione@spmi.uniroma1.it.

Non verranno accettate le domande presentate in data successiva al termine di scadenza.

Art. 2 - Graduatoria degli ammessi

La segreteria del Corso provvede alla verifica dei requisiti di ammissione e pubblica un elenco/graduatoria dei partecipanti al Corso di Alta Formazione, **entro il 27/04/2020**. Nell'elenco/graduatoria per ciascun partecipante sarà indicata l'ammissione all'intero Corso di Alta Formazione oppure l'ammissione ai percorsi ridotti previo parziale riconoscimento di periodi formativi già svolti, unitamente alla quota di iscrizione dovuta. Nell'elenco/graduatoria i partecipanti saranno ordinati secondo i criteri di priorità definiti nei Requisiti di Ammissione del Piano Formativo del Corso, con la possibilità di costruire classi distinte (ciascuna con max 30 partecipanti) costituite rispettivamente da partecipanti ammessi all'intero Corso e dai partecipanti a percorsi ridotti. In base al numero delle



domande potranno essere attivate più edizioni del Corso e l'elenco/graduatoria rimarrà valido fino al 15 febbraio 2021.

Successivamente alla pubblicazione della graduatoria è possibile iscriversi al Corso tramite il sistema Infostud e pagare la tassa di iscrizione.

Art. 3 – Quota di iscrizione al Corso di Alta Formazione

La partecipazione al Corso prevede un importo di:

- € 2.000 (quota per l'intero Corso di Alta Formazione)
- € 500 (quota riservata ai possessori dell'attestato del Corso di Alta Formazione in Economia e Management in Sanità di Sapienza)
- € 1.800 (quota riservata ai possessori di attestati di altri corsi di formazione non organizzati ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 484/1997 e dell'Accordo Stato-Regioni del 10/07/2003)

da versare secondo le modalità degli articoli 5 e 6 entro **e non oltre il 11/05/2020**.

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.

La quota di iscrizione potrà essere rimborsata solo ed esclusivamente nel caso in cui il corso non venga attivato. In tal caso lo studente, per ottenere il rimborso, dovrà presentare un'istanza al Direttore del Corso.

4 – Durata e organizzazione attività formative

In presenza - Gli otto moduli formativi, ciascuno della durata di quattro mezzeggiornate di attività didattica (4 ore) per un totale di 128 ore di didattica in aula, avranno luogo a cadenza mensile nei giorni di venerdì e sabato.

I moduli IV e V potranno essere erogati anche in modalità FAD.

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.

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. In caso di mancata frequenza, o di altri comportamenti comunque censurabili, il Direttore può decidere di non rilasciare l'attestato di frequenza del Corso. In tal caso le quote di iscrizione versate non saranno rimborsate.

Art. 5 – Modalità di pagamento della quota di iscrizione al Corso di Alta Formazione



Lo studente ammesso al corso deve accedere ad Infostud2.0 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 sul bando e seguire le istruzioni successive.

Il pagamento della quota di iscrizione deve avvenire entro la data di scadenza prevista dal presente bando (cfr. punto 3), attraverso il bollettino scaricato da Infostud secondo le modalità illustrate alla pagina web del sito istituzionale Sapienza:

<https://www.uniroma1.it/it/pagina/come-pagare> oppure tramite il Servizio pagamenti PagoPA.

Art. 6 – Modalità per il pagamento delle quote di iscrizione al Corso da parte di un Ente/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 ottengano il bollettino come descritto al punto 5, e successivamente compiere i seguenti passaggi:

1 - l'azienda finanziatrice deve fare un bonifico pari all'importo indicato nel bollettino scaricato dal beneficiario sul seguente IBAN:

Cod. IBAN: IT71 I 02008 05227 000400014148

Codice Ente: 9011778

Tesoreria Universitaria Unicredit – Agenzia 30660

Nella causale è necessario indicare:

"FORM (codice corso) matr. (matricola studente)".

Per coloro che effettuano bonifici da agenzie Unicredit è necessario indicare anche il numero conto Ateneo 1001

Questa indicazione è indispensabile per abbinare il pagamento al beneficiario al corso.

Se ci sono più beneficiari, modificare di conseguenza l'importo totale del bonifico e la causale con l'indicazione delle matricole di tutti i beneficiari.

2 – dopo aver effettuato il bonifico 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;



Allegato 1

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/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 2019/2020

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 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);
- Autocertificazione del titolo universitario conseguito;
- 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



Allegato 2

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO - RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE A PERCORSI RIDOTTI PREVIO PARZIALE RICONOSCIMENTO DI PERIODI FORMATIVI GIÀ SVOLTI NELL'AMBITO DI ALTRI CORSI DI FORMAZIONE MANAGERIALE IN AMBITO SANITARIO

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 Ambiente 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 2019/2020



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_____



CHIEDE

Il parziale riconoscimento di percorsi formativi già svolti nell'ambito di altri corsi di formazione manageriale in ambito sanitario e a tal fine

DICHIARA

- Di aver frequentato, nell'Anno Accademico _____, presso Sapienza Università di Roma la seguente attività formativa: Corso di Alta Formazione in Economia e Management in Sanità.**

Allega la seguente documentazione:

- Copia dell'Attestato di partecipazione

- Di aver frequentato, nell'Anno Accademico _____,**

**presso l'Università di _____
la**

segunte attività formativa:

Allega la seguente documentazione:

- Copia dell'Attestato di partecipazione
 Copia del programma dettagliato dell'attività formativa frequentata (documento non necessario per coloro che hanno frequentato il Corso di Alta Formazione in Economia e Management in Sanità della Sapienza). L'Università si riserva di chiedere ulteriore documentazione al fine di valutare il riconoscimento.

A tal fine, allega alla presente:

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



ALLEGATO 3

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 DEL 27.04.2016 "REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI"

Titolare del trattamento dei dati

È titolare del trattamento dei dati Sapienza Università di Roma - 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

Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore del Corso di Formazione in Management in Ambiente Sanitario.

Finalità del trattamento e base giuridica

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 indispensabile e per le finalità connesse all'iscrizione ed alla frequenza del Corso di Formazione in Management in Ambiente Sanitario.

Natura del conferimento dei dati e conseguenze di un eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati è obbligatorio, e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di dar corso all'iscrizione al corso e alla gestione delle attività procedurali correlate, nonché alle attività didattiche.

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 informatizzate esclusivamente ai fini dell'adempimento delle prescrizioni di legge ovvero per finalità amministrative, didattiche, afferenti alle elezioni delle rappresentanze studentesche negli Organi Accademici ovvero per finalità connesse alle eventuali collaborazioni a tempo parziale degli studenti presso le Strutture universitarie.

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 erogare i relativi servizi e/o corrispettivi e/o agevolazioni richieste. In particolare, il mancato conferimento dei dati preclude l'instaurazione e la prosecuzione del rapporto con Sapienza Università di Roma.

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.

Diritti dell'interessato

Si informa che 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 bando implica la presa di conoscenza della suddetta informativa.

Io sottoscritto/a nato/a aProv (.....)
il CF..... residente a
..... Prov (.....) in via nr.

DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 679/2016 del 27.04.2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati".

Data

Firma autografa del/la candidato/a



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
