# 

# SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO di

# formazione manageriale per Direttori Generali di Azienda Sanitaria, ai sensi del D.Lvo 502/92, art. 3-bis, e successivo D.M. 1^ agosto 2000

## Che si terrà all’interno del Master Universitario di II livello in Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie a.a. 17/18

## DATI PERSONALI

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiedo di essere ammesso al corso Corso di formazione regionale per direttori generali di azienda sanitaria in base all’art.3 bis del Decreto Lvo 502/92 e successivo DM 1/8/2000 che si terrà all’interno del corso di master universitario di II livello in Direzione Strategica delle Aziende Sanitarie a.a. 17/18

Sono consapevole che il corso ha una durata complessiva di 164 ore e che ha frequenza obbligatoria. Per ottenere l’attestato regionale è necessario frequentare almeno 120 ore e produrre un elaborato finale.

Data…………………………. Firma…………………………………………………..