

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE  
PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA  
OSPEDALIERA E TERRITORIALE E DI DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE  
ANNO 2021  
SCHEDA D'ISCRIZIONE**

COGNOME:

NOME:

DATA DI NASCITA:

LUOGO DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

INDIRIZZO DI RESIDENZA:

CAP:

COMUNE:

PROVINCIA:

RECAPITO/I TELEFONICO/I:

E- MAIL (indicare indirizzo/i e-mail a cui inviare comunicazioni):

PROFESSIONE:  medico     farmacista     veterinario     biologo     chimico     fisico  
 odontoiatra     psicologo

AZIENDA DI PROVENIENZA:

INCARICO RICOPERTO:

DATA DECORRENZA DI CONFERIMENTO ATTUALE INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA (IVI COMPRESA LA DIREZIONE DI DISTRETTO):

DATA TERMINE ATTUALE INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA:

DATA DI MATURAZIONE REQUISITI DIRITTO ALLA QUIESCENZA (EVENTUALE):

GIA' IN POSSESSO DI CERTIFICATO DI FORMAZIONE MANAGERIALE AI SENSI DELL'ART. 16 QUINQUIES DEL D.LGS. 502/92     SI     NO

SE SI: TITOLO:

RILASCIATO DA:     REGIONE PIEMONTE     ALTRA REGIONE (SPECIFICARE)

DATA CONSEGUIMENTO:

*Luogo e data, ....., li .....*

*Firma .....*

**inviare la presente scheda ENTRO il 4 GIUGNO 2021  
ad entrambi gli indirizzi e-mail:  
[ngiglietta@cittadellasalute.to.it](mailto:ngiglietta@cittadellasalute.to.it)  
[rgentilecasagrande@cittadellasalute.to.it](mailto:rgentilecasagrande@cittadellasalute.to.it)**