

**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 QUINQUES 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
rgentilecasagrande@cittadellasalute.to.it**