

## SCHEMA ISCRIZIONE

## CORSO FORMAZIONE MANAGERIALE

PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA  
OSPEDALIERA E TERRITORIALE E DI DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

ANNO 2023

Il seguente modulo serve per candidarsi al corso in oggetto erogato sia dall'Azienda Sanitaria Locale TO 3 e sia dall'Azienda Ospedaliera S. Antonio e Biagio e C. Arrigo sede Alessandria nelle rispettive sedi di Collegno ed Alessandria.

La compilazione del modulo non comporta automaticamente l'iscrizione al corso, ma solo la propria candidatura.

Le richieste pervenute saranno valutate da un Comitato Scientifico sulla base dei criteri di priorità di accesso definite nel bando regionale.

Informativa ex art. 13 e 14 del GDPR 679/2016

Il trattamento dei tuoi dati è finalizzato ad adempiere a funzioni istituzionali ai sensi dell'art 6 del GDPR 679/2016. Esso avverrà anche mediante l'utilizzo di mezzi informatici e/o con modalità atte a garantire la riservatezza e la sicurezza delle informazioni, ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR 679/2016. Tutte le operazioni in materia, effettuate solo da personale debitamente istruito ed autorizzato, avverranno nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo quanto disposto dalla normativa vigente.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento scrivere a [karima.bouraouia@aslto3.piemonte.it](mailto:karima.bouraouia@aslto3.piemonte.it) oppure a [cristina.garbieri@ospedale.al.it](mailto:cristina.garbieri@ospedale.al.it)

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

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

C.F. \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: Via/C.so \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo E-mail: (obbligatorio) \_\_\_\_\_ Indirizzo PEC: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico (cellulare) \_\_\_\_\_

Professione:  medico  farmacista  veterinario  biologo  chimico  
 fisico  odontoiatra  psicologo  altro

Se altra professione, specificare quale \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di appartenenza: \_\_\_\_\_

Incarico ricoperto attualmente:  Responsabile Struttura Semplice  Direttore Struttura Complessa  
 Alta professionalità

Data decorrenza di conferimento dell'attuale incarico sopra indicato: \_\_\_\_\_

Data termine attuale incarico sopra indicato: \_\_\_\_\_

Periodo previsto per maturazione requisiti diritto alla quiescenza (pensionamento):  
 < 5 anni  5 anni  > 5 anni

Già in possesso di certificato di formazione manageriale ai sensi dell'art 16 quinquies del D.Lgs 502/92, ma scaduto (> 7anni)  Sì  NO

Se sì: titolo rilasciato da  Regione Piemonte  Altra Regione (specificare) \_\_\_\_\_

Indicare una sede preferenziale di partecipazione (tale opzione non è vincolante per le assegnazioni da parte della commissione di selezione):

- ASL TO 3 sede Certosa di Collegno
- Azienda Ospedaliera S. Antonio e Biagio e C. Arrigo

Data, \_\_\_\_\_