

**Al Direttore generale del CEFPAS  
Via G. Mulè, 1 - 93100 Caltanissetta**

**Oggetto: Partecipazione ai corsi di Formazione Manageriale per l'esercizio delle funzioni di Direzione Sanitaria e Amministrativa di Azienda sanitaria.**

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a il .....  
a .....e residente in ....., via ..... CAP .....  
codice fiscale:..... chiede di partecipare ai corsi di formazione manageriale per l'esercizio delle funzioni di Direzione sanitaria e amministrativa di Azienda sanitaria di cui all'art. 1, comma 1, del DPR n. 484/1997 istituiti dalla Regione Siciliana con il DDG DASOE n. 3245/2009 ed organizzati da codesto Ente.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n.445/2000, di:

- essere in possesso dei requisiti per l'ammissione al corso previsti dall'art 3 del DDG DASOE n.3245/09;
- essere laureato/a in .....
- prestare servizio in qualità di..... presso .....
- volere ricevere le comunicazioni inerenti il corso al seguente indirizzo:

.....  
impegnandosi a comunicare eventuali variazioni.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente fotocopia di un valido documento di riconoscimento e copia della ricevuta del versamento di € 100,00, per i diritti di segreteria non rimborsabili, sul C/C postale n. 19149913 intestato a CEFPAS, via G. Mulè n.1, Caltanissetta ovvero tramite bonifico su Conto Corrente bancario intestato al CEFPAS c/o Banca Nuova – Sportello di Tesoreria del CEFPAS, Corso Umberto I, n. 114/118 - 93100 Caltanissetta, coordinate bancarie: IBAN IT10R0513216700841570077309 specificando nella causale il titolo del corso "Formazione Manageriale per DS/DA" e il nominativo del partecipante e si impegna a versare la restante parte della quota, che sarà determinata con apposito provvedimento dell'Assessorato regionale della salute, con le modalità che saranno indicate da codesto Centro.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, autorizza il CEFPAS, ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, al trattamento dei propri dati per la gestione dell'attività formativa e ad inviargli la rivista elettronica BAOBAB e comunicazioni di vario genere in relazione alle sue attività istituzionali.

In qualsiasi momento potrà chiedere la cancellazione, la variazione e la visione dei propri dati al CEFPAS, via G. Mulè 1, 93100 Caltanissetta.

Firma .....

Comunica infine i propri recapiti:

Tel:.....; cell:.....; fax:.....;  
e-mail.....;

Data .....

Firma .....