

**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. 16 quinquies del D.Lgs. n. 502/92, e dei DA n. 3444/DOE/04 e n. 3519/DOE/04,  
istituiti dalla Regione Siciliana.

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 art. 2 lettera b del DA 3444/DOE/04 come  
modificato dall'art.1 lettera b del DA 3519/DOE/04;

- essere laureato/a in .....

- di prestare servizio in qualità di.....presso l'Unità Operativa di  
.....;

- 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, 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  
quota di € 2.900,00 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 per inviargli comunicazioni di vario genere in relazione alle sue  
attività istituzionali e promozionali. 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 .....