

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**Requisiti di accesso richiesti per certificazione regionale**

**AL MAGNIFICO RETTORE**  
**DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FERRARA**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a ( ) in data

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

**DICHIARA**

di avere maturato 5 anni di anzianità di servizio nel SSN in posizione dirigenziale presso:

di essere Dirigente sanitario in servizio presso:

(Prov. )  
Via

di non essere già titolare della direzione di una struttura complessa

di essere in possesso di uno dei titoli di studio di cui all'art. 3 del bando di ammissione al corso

Il/La sottoscritto/a DICHIARA infine di essere consapevole che l'amministrazione universitaria potrà richiedere al sottoscritto adeguata documentazione concernente il possesso della suddetta qualifica.

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di aver inserito il proprio documento d'identità nella pagina personale <http://studiare.unife.it>

La presente dichiarazione ha valore solo se stampata, firmata e allegata (tramite upload) alla domanda di iscrizione all'interno della propria pagina personale in <http://studiare.unife.it>

Data

\_\_\_\_\_  
Firma