

# **RICHIESTA RICONOSCIMENTO CREDITI - ABBREVIAZIONE CORSO**

## **AL CONSIGLIO DIDATTICO**

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a ( ) in data

iscritto/a al Master di II livello **Economia e Management dei Servizi Sanitari**

### **CHIEDE**

Il riconoscimento di 12 crediti sulla didattica in presenza.

A tal fine il sottoscritto

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

### **DICHIARA**

di aver frequentato il:

CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORE RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA (ai sensi dell'Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni, le Province autonome in data 10 luglio 2003)

Presso

rilasciato da

in data

Il/La sottoscritto/a, a norma del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 fa presente che è a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti della legge.

**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*