

**Domanda di partecipazione alla valutazione preselettiva dei candidati per il percorso formativo
per responsabile della funzione aziendale gestione del rischio clinico**

Il sottoscritto _____ nato a

il ___/___/_____ residente a _____ in

via/p.zza _____ c.a.p. _____ Telefono

fisso _____ cellulare _____ email _____

Codice Fiscale: _____ chiede di partecipare alla valutazione preselettiva del percorso formativo avanzato di cui all'art. 7. del D.A. n° 3181 del 23 dicembre 2009.

A tal fine dichiara:

Posizione lavorativa attuale:

Esperienze acquisite in ambito professionale, nel campo della qualità e sulla gestione del rischio clinico

Il possesso di altri titoli di studio, master e formazione post laurea sul tema della qualità e sulla gestione del rischio clinico:

Le pubblicazioni/progetti sul tema della qualità e sulla gestione del rischio clinico:

DATA

FIRMA

Visto

il Direttore Generale