



Regione Umbria

Scuola Umbra di
Amministrazione Pubblica

Certificato di Formazione Manageriale

rilasciato ai sensi dell'articolo 7 del D.P.R. n. 484/1997, dell'articolo 3-bis, comma 9 del d.lgs. n. 502/1992 e di quanto previsto con determinazione dirigenziale n. _____ del _____

al/alla Dott./Dott.ssa _____
nato/a a _____ **il** _____

**per frequenza e superamento del Corso di Formazione Manageriale per Direttore sanitario / Direttore amministrativo
delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere
e degli altri enti del S.S.N.**

L'ASSESSORE ALLA SALUTE
(Nome e cognome)

Data di rilascio _____

Numero registrazione _____