



Selezione per l'accesso ai Corsi di Laurea Magistrale
delle Professioni Sanitarie
a.a. 2018/2019
allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

__ I __ sottoscritt __ _____

nat __ a _____ Prov. ____ il _____

avendo presentato domanda di ammissione alla selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale in:

- Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (classe LM/SNT1)
 Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione (classe LM/SNT4)
dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli

TITOLO PER L'ACCESSO ALLA SELEZIONE:

diploma di laurea in _____ classe _____ abilitante all'esercizio della professione sanitaria di _____ ricompresa nella classe di laurea magistrale LM/SNT1 LM/SNT4 conseguito presso _____ in data _____

laureando in _____ classe _____ abilitante all'esercizio della professione sanitaria di _____ ricompresa nella classe di laurea magistrale LM/SNT1 LM/SNT4 presso _____ in data _____

diploma universitario in _____ abilitante all'esercizio della professione sanitaria di _____ ricompresa nella classe di laurea magistrale LM/SNT1 LM/SNT4 conseguito presso _____ in data _____

altro titolo _____ abilitante all'esercizio della professione sanitaria di _____ ricompresa nella classe di laurea magistrale LM/SNT1 LM/SNT4 di cui alla legge n. 42/1999 conseguito presso _____ in data _____

EVENTUALI ALTRI TITOLI:

diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/1982 conseguito presso _____ in data _____

altri titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi (specificare dettagliatamente la durata):

1. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
2. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
3. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
4. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____

5. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
6. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
7. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
8. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
9. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____
10. Tipologia e denominazione del titolo: _____
conseguito presso _____ in data _____ durata del percorso di studio _____

Altro (specificare dettagliatamente la tipologia e la durata)

attività professionali nella **funzione apicale** di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe LM/SNT1:

1. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
2. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
3. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
4. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
5. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
6. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
7. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
8. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
9. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
10. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____

Altro (specificare dettagliatamente la tipologia e la durata)

attività professionali nella **funzione apicale o di coordinamento** di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe LM/SNT4:

1. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
2. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
3. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
4. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
5. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
6. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
7. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
8. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
9. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
10. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____

Altro (specificare dettagliatamente la tipologia e la durata)

attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse
 LM/SNT1 LM/SNT4:

1. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
2. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
3. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
4. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
5. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____

6. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
7. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
8. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
9. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____
10. attività: _____
svolta presso _____ dal _____ al _____

Altro (specificare dettagliatamente la tipologia e la durata)

___I___ sottoscritt___ dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, salva in ogni caso l'applicazione delle norme penali per i fatti costituenti reato (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000).

La presente dichiarazione sostitutiva deve essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un valido documento di identità del sottoscrittore.

Campobasso, _____
