



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Selezione per l'accesso ai Corsi di Laurea Magistrale
delle Professioni Sanitarie
a.a. 2019/2020
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, _____
