



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale
in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
classe LM/SNT1
a.a. 2020/2021
allegato D

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 e Ostetriche (classe LM/SNT1)

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
conseguito presso __ in data __

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

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

☐ altro titolo __ abilitante all'esercizio della professione sanitaria di
__ ricompresa nella classe di laurea magistrale
LM/SNT1 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 _____

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 _____

attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale 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 _____

Il/La sottoscritto/a 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).

Campobasso, _____
