



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale
in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione
classe LM/SNT4
a.a. 2020/2021
allegato E

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 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/SNT4
conseguito presso __ in data __

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

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

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

EVENTUALI ALTRI TITOLI:

titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi (specificare dettagliatamente il titolo e 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 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 _____
-
-

attività professionali nell'esercizio 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 _____

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, _____
