

**ALLEGATO A – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI DI STUDIO
E PROFESSIONALI PER IL CONCORSO DI AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov (_____) il _____

e-mail: _____, ha effettuato per l'a.a. **2019/2020** l'iscrizione al **concorso**

di ammissione al corso di laurea magistrale in

_____.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che decadrà dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere, secondo quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di essere in possesso di:

- titolo di base indicato nella **Scheda A**;
- di altro titolo accademico o formativo indicato nella **Scheda B**;
- del titolo relativo a *Attività professionali nella funzione apicale ricomprese nella classe di laurea magistrale*, indicato nella **Scheda C**;
- del titolo relativo a *Attività professionali ricomprese nella classe della laurea magistrale*, indicato nella **Scheda D**;
- del titolo relativo a *Ulteriori titoli - solo per il CLM in Scienze infermieristiche e ostetriche*, indicato nella **Scheda E**;

REQUISITO DI BASE

(barrare la voce che interessa e scrivere in stampato leggibile)

- LAUREA ABILITANTE**
- DIPLOMA UNIVERSITARIO ABILITANTE**
- TITOLO PROFESSIONALE ABILITANTE DI CUI ALLA LEGGE N. 42/99**

Titolo di _____

conseguito in data _____ a.a. _____ con votazione di _____

presso _____

sita in via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____

**Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla
conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000**

Ufficio _____

Via/Piazza _____

città _____ cap _____ provincia _____

Scheda A

**ALLEGATO A – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI DI STUDIO
E PROFESSIONALI PER IL CONCORSO DI AMMISSIONE**

Altro Titolo Accademico* o Formativo non ricompresi nel quadro A**

*inclusi incarichi didattici universitari (annuali) attribuiti con atto formale

**inclusi corsi POR

(scrivere in stampato leggibile)

Scheda B

TITOLO in _____

conseguito in data _____ nel periodo dal _____ al _____ con votazione di _____

presso l'Università/Ente di _____

sita in via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____

**Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla
conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000**

Ufficio _____

Via/Piazza _____

città _____ cap _____ provincia _____

Attività professionali nella funzione apicale ricomprese nella classe di laurea magistrale

(scrivere in stampato leggibile)

Scheda C

ATTIVITA' PROFESSIONALE

di _____

svolta (indicare il periodo di svolgimento dell'incarico non inferiore a 6 mesi) dal _____ al _____

con rapporto di lavoro (*indicare la tipologia*) _____

con impegno giornaliero di n. ore _____

presso _____

sita in via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____

**Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla
conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000**

Ufficio _____

Via/Piazza _____

città _____ cap _____ provincia _____

**ALLEGATO A – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI TITOLI DI STUDIO
E PROFESSIONALI PER IL CONCORSO DI AMMISSIONE**

**Attività professionali
ricomprese nella classe della laurea magistrale**
compilare una scheda per ogni attività professionale svolta

(scrivere in stampato leggibile)

Scheda D

ATTIVITA' PROFESSIONALE

di _____

svolta (indicare il periodo di svolgimento dell'incarico non inferiore a 6 mesi) dal _____ al _____

con rapporto di lavoro (indicare la tipologia) _____

con impegno giornaliero di n. ore _____

presso _____

sita in via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____

**Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla
conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000**

Ufficio _____

Via/Piazza _____

città _____ cap _____ provincia _____

ULTERIORI TITOLI

Solo per il CLM in Scienze infermieristiche e ostetriche
(scrivere in stampato leggibile)

Scheda E

Diploma di Scuola diretta a fini speciali in Assistenza infermieristica (DAI) di cui al DPR n. 162/82 ,

conseguito in data _____ a.a. _____ con votazione di _____

presso l'Università _____

sita in via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____

**Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla
conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000**

Ufficio _____

Via/Piazza _____

città _____ cap _____ provincia _____

Firma del dichiarante

Luogo e data, _____
