

A.A. 2019/2020

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN DEROGA AL CONCORSO DI AMMISSIONE
AL CLM IN SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICO DIAGNOSTICHE
(classe LM/SNT-3)**

Il/La sottoscritto/a

COGNOME	
NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
N.TELEFONO FISSO/CELLULARE	
INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI	Via _____ Cap _____ città _____ provincia _____
E-MAIL	

(compilare obbligatoriamente tutti i campi)

Dichiara di aver preso visione del bando di concorso per l'ammissione al C.L. Magistrale sopra indicato e di essere in possesso del titolo conseguito nel seguente ambito professionale (*barrare la voce che interessa*):

- Tecnico audiometrista
- Tecnico di laboratorio biomedico
- Tecnico di radiologia medica, per immagini e radioterapia
- Tecnico di neurofisiopatologia

Chiede l'ammissione al C.L.M. prescindendo dall'espletamento della prova concorsuale, e **in deroga** alla programmazione nazionale dei posti, in considerazione del fatto che il sottoscritto già svolge funzioni operative.

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli (*barrare la voce che interessa*):

B1	Incarico di dirigente conferito ai sensi e per gli effetti dell'art.7 della L. n. 251/2000, commi 1 e 2, da almeno due anni alla data del D.M. Miur del 30.4.2019 n. 394	<input type="checkbox"/>
B2	Titolo di Dirigenti e Docenti dell'Assistenza Infermieristica conseguito presso le Scuole Dirette a fini speciali, ai sensi del D.P.R. n. 162/82 e conferimento, da almeno due anni alla data del D.M. Miur del 30.4.2019 n. 394, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea infermieristica , attribuito con atto formale di data certa	<input type="checkbox"/>
B3	Incarico di Direttore o di Coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale d'interesse attribuito con atto formale di data certa da almeno due anni alla data del D.M. Miur del 30.4.2019 n. 394	<input type="checkbox"/>

Allega dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 di cui all'Allegato B e copia fotostatica di un documento d'identità valido.

data, _____

Firma
