



# Università degli Studi di Ferrara

**AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL DPR 445/2000  
PARTECIPAZIONE AL RICONOSCIMENTO DEI TITOLI PREGRESSI AI FINI DEL CONSEGUIMENTO  
DELLA LAUREA DI PRIMO LIVELLO IN EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO PRESSO LA  
SEDE DI ROVERETO**

*Al Magnifico Rettore dell'Università degli studi di Ferrara*

Il/La sottoscritto/a

Cognome				Nome				
Nato a		il		Cod. Fiscale				
Indirizzo per le comunicazioni:								
Via							n.	
CAP		Comune						
Frazione						Prov.		
Tel.		Tel. Cell.			E-MAIL			

## CHIEDE

**che il titolo di studio pregresso posseduto, abilitante alla professione di Educatore Professionale nello Stato italiano, venga valutato ai fini dell'ammissione alla laurea di primo livello in EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO presso la Sede distaccata di Rovereto (Trento) per l'anno accademico 2009/2010**

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze anche penali in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo l'art. 76 del Testo unico D.P.R. 445/2000

- di essersi iscritto alla procedura on line sul sito dell'Ateneo di Ferrara;
- di essere a conoscenza di quanto contenuto nel bando per il riconoscimento del titolo pregresso;
- di **NON** essere docente nel corso di laurea di EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO – sede di Rovereto;
- che il titolo posseduto è di durata triennale ed è abilitante alla professione di Educatore Professionale nello Stato italiano (fatta eccezione per quanto disposto nell'art. 1 punto 5).

**A tal fine presenta la seguente autocertificazione:**

<b>MATURITÀ</b>	
Denominazione maturità _____	
Maturità rilasciata da istituto <input type="radio"/> Statale <input type="radio"/> Italiano _____	nell'anno _____
<input type="radio"/> Non statale <input type="radio"/> Straniero _____	
Denominazione dell'Istituto _____	
Città _____	Prov. _____

## DICHIARAZIONE RISERVATA AI CANDIDATI ISCRITTI AD UN ALTRO CORSO DI STUDIO (art. 5 del bando)

Il sottoscritto dichiara di essere iscritto al _____ anno della laurea in _____ _____ presso l'Università di _____ e di essere a conoscenza di quanto indicato nel bando per l'anno accademico 2009/10 e in particolare all'art. 5 _____ (firma del dichiarante)
--



# Università degli Studi di Ferrara

**Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver conseguito uno dei seguenti titoli, ai fini del conseguimento della laurea di primo livello di EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO:**

*(obbligatorio indicare TUTTE le informazioni richieste):*

<b>Diploma universitario</b> abilitante all'esercizio della professione sanitaria di Educatore Professionale nello Stato italiano <i>(obbligatorio indicare il nome del DU):</i> ..... Conseguito presso l'Università di ..... ..... in data .....	Durata del titolo in anni ..... .....
<b>Titolo abilitante</b> all'esercizio della professione sanitaria di Educatore Professionale di cui alla Legge n. 42/1999 e al decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 e precisamente <i>(obbligatorio indicare il nome esatto e completo del titolo):</i> ..... Conseguito presso l'Università/Ente/Azienda/Regione ..... ..... con sede a .....	Durata del titolo in anni ..... Titolo conseguito in data: .....
<b>Attestato/diploma di formazione professionale abilitante all'esercizio della professione in Educatore professionale</b> acquisito esclusivamente nella Provincia Autonoma di Trento, ai sensi della legge provinciale 10 settembre 2003, n. 8, art. 18 e precisamente <i>(obbligatorio indicare il nome esatto e completo del titolo):</i> ..... Conseguito presso Ente ..... ..... con sede a .....	Durata del titolo in anni ..... Titolo conseguito in data: .....
<b>Titolo straniero</b> abilitante all'esercizio della professione sanitaria di Educatore Professionale e precisamente <i>(obbligatorio indicare il nome del titolo).</i> <b>N.B.: per un titolo conseguito all'estero deve essere prodotta anche la relativa certificazione come indicato all'art. 3 del bando:</b> ..... Conseguito presso l'Università/Ente/Azienda/Istituto ..... ..... in data ..... Città.....Stato ..... Abilitazione alla professione sanitaria di Fisioterapista nello Stato italiano conseguita presso ..... .....in data .....	Durata del titolo conseguito all'estero in anni: ..... .....

**Il sottoscritto chiede inoltre la valutazione dei seguenti titoli scientifici, didattici e/o professionali conseguiti successivamente al diploma, così come indicato nell'art 3 punto 2.d del bando, consapevole che dei suddetti titoli dovrà essere consegnata anche idonea documentazione:**

<b>Titoli scientifici, didattici e/o professionali:</b> verranno valutati <b>solamente</b> se allegati alla domanda e opportunamente documentati:	
1) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> ..... .....
2) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> ..... .....



# Università degli Studi di Ferrara

3) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> .....
4) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> .....
5) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> .....
6) Titolo: ..... ..... Conseguito presso ..... Con sede a .....	<b>data di conseguimento</b> .....
<b>Per ulteriori titoli redigere elenco integrativo allegato a parte</b>	

Consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato e della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace secondo l'art. 76 del Testo unico D.P.R. 445/2000

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che i dati sopra indicati risultano veritieri.

Il sottoscritto, a norma della legge 675/1996 dichiara altresì di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

### ALLEGATI (barrare le caselle corrispondenti a quanto consegnato):

- "Domanda/ricevuta di partecipazione alla selezione" stampata via web dopo aver effettuato la procedura *on-line* per il riconoscimento del titolo pregresso, come descritto nell'allegato 1 del bando;
- Ricevuta del pagamento del **contributo di € 214,62**, effettuato in base alle modalità indicate nell'allegato 1 del bando;
- Fotocopia fronte retro di un **documento di riconoscimento** non scaduto;
- Fotocopia del titolo di **scuola media superiore** (*in alternativa all'autocertificazione*);
- Certificato di conseguimento del **titolo pregresso** oggetto del riconoscimento, con l'indicazione dei relativi esami e voti e del voto finale nonché della data e della sede di conseguimento (*in alternativa all'autocertificazione*);
- Eventuali **titoli scientifici, didattici e/o professionali** conseguiti successivamente al diploma (verranno valutati solamente se allegati alla domanda e **opportunitamente documentati**);
- Copia conforme dei **programmi degli esami** superati per il conseguimento del titolo pregresso oggetto del riconoscimento (la conformità all'originale può essere dichiarata dall'interessato, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- Fotocopia **permesso di soggiorno** per cittadini extracomunitari equiparati ai cittadini comunitari;
- Titoli conseguiti all'estero con relativa dichiarazione di valore come specificato all'art. 3 del bando alla voce "**per i possessori di un titolo conseguito all'estero**".

data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma del dichiarante)



# Università degli Studi di Ferrara

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI DIPLOMA CON ESAMI SOSTENUTI

Da compilare in alternativa alla consegna del certificato di diploma con l'indicazione di tutti gli insegnamenti ed esami superati

Il Sottoscritto dichiara che per il conseguimento del titolo in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, abilitante alla professione sanitaria di Educatore Professionale Sanitario, ottenuto presso  
l'Università /Ente /Azienda /Regione \_\_\_\_\_ ha superato i seguenti  
esami di profitto e relative votazioni:

DENOMINAZIONE ESAME	VOTO
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
11)	
12)	
13)	
14)	
15)	
16)	
17)	
18)	

DENOMINAZIONE ESAME	VOTO
19)	
20)	
21)	
22)	
23)	
24)	
25)	
26)	
27)	
28)	
29)	
30)	
31)	
32)	
33)	
34)	
35)	
36)	

data \_\_\_\_\_

il dichiarante \_\_\_\_\_



# Università degli Studi di Ferrara



Università degli Studi di Ferrara

## **RICEVUTA**

*(la presente ricevuta verrà restituita al candidato solamente se la domanda verrà consegnata presso la Presidenza della Facoltà di Scienze Cognitive di Rovereto – TN.  
In caso di spedizione della domanda farà fede la ricevuta postale)*

Il sig./ la sig.ra \_\_\_\_\_

ha presentato domanda per l'ammissione al percorso speciale di riconoscimento del titolo  
pregresso ai fini del conseguimento della laurea di primo livello di EDUCATORE  
PROFESSIONALE SANITARIO presso la Sede distaccata di Rovereto (Trento) per l'a.a.  
2009/10 il giorno \_\_\_\_\_.

L'Addetto al ritiro

\_\_\_\_\_