



## Allegato 1

### MODULO VALUTAZIONE TITOLI

#### Lauree magistrali delle professioni sanitarie

Il punteggio relativo alla valutazione dei titoli farà riferimento solo a quanto dichiarato in questo modulo.

Chi NON lo presenterà nei termini previsti dal bando avrà riconosciuto il solo punteggio relativo alla prova scritta.

***Alla Magnifica Rettrice dell'Università degli Studi di Ferrara***

Il sottoscritto:

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data e luogo nascita:

Indirizzo:

Città, CAP, Provincia:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

### CHIEDE

di partecipare, per l'anno accademico **2023/2024**, alla selezione per l'ammissione al corso di laurea magistrale in:

- Scienze infermieristiche ed ostetriche
- Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- Scienze delle professioni sanitarie tecnico-diagnostiche

***(barrare il corso di interesse)***

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000, e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici ottenuti,



### DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

<input type="checkbox"/>	Laurea in: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		

<input type="checkbox"/>	Diploma Universitario in: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.			

<input type="checkbox"/>	Titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, di cui alla legge n. 42/1999:		
	Denominazione: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.			

- di essere in possesso dei seguenti **titoli accademici o formativi** di durata non inferiore a sei mesi: *(fino ad 1 punto per ciascuno titolo fino ad un massimo di punti 3):*

Titolo: <input type="text"/>	
Univ. o ente di rilascio: <input type="text"/>	
Durata: <input type="text"/>	Data di conseguimento: <input type="text"/>

Titolo: <input type="text"/>	
Univ. o ente di rilascio: <input type="text"/>	
Durata: <input type="text"/>	Data di conseguimento: <input type="text"/>

Titolo: <input type="text"/>	
Univ. o ente di rilascio: <input type="text"/>	
Durata: <input type="text"/>	Data di conseguimento: <input type="text"/>



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali** nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione:

(punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4)

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>



- *di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali nella funzione di coordinamento o nella funzione specialistica** formalmente riconosciuta in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN:*  
(punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 5)

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività di docenza e tutoraggio** nelle discipline professionalizzanti MED/45-50, con incarichi formalmente attribuiti, presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie:  
(punti 0,50 per ciascun incarico/anno fino ad un massimo di punti 5)

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>



Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>



- di aver svolto le seguenti attività di ricerca documentate in **pubblicazioni scientifiche**:

**Attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche** *(fino ad un massimo di punti 3)*


Il sottoscritto, a norma del D.Lgs. 196/03, dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Ferrara,

nome e cognome del dichiarante



**Nota Bene:**

Le dichiarazioni successive sono riservate a casi particolari:

- 1) candidati in possesso di titoli che consentono l'ammissione diretta;
- 2) candidati non ancora in possesso del titolo previsto per l'ammissione (laurea triennale), ma che lo conseguiranno entro la sessione autunnale;

Queste dichiarazioni devono essere compilate unicamente da chi si ritrova in una delle predette condizioni.

Chi non rientra in uno dei casi evidenziati deve lasciare in bianco la dichiarazione.





**CANDIDATI PER CUI NON È PREVISTA LA PROVA DI AMMISSIONE**  
**Ammissione diretta e in soprannumero**

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei requisiti necessari per richiedere l'ammissione al corso di laurea magistrale in deroga alla programmazione nazionale prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, in quanto:

<input type="radio"/>	ricopre una funzione di direzione di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, formalmente attribuita dall'Ente di appartenenza (strutture pubbliche e strutture convenzionate con il SSN) di cui <b>allega l'atto di nomina</b> ;
<input type="radio"/>	titolare dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale di interesse (di cui <b>allega idonea documentazione giustificativa</b> ) attribuito con atto formale di data certa, conferito in data <input type="text"/>

Ferrara,  nome e cognome del dichiarante



**CANDIDATI CHE DEVONO ANCORA CONSEGUIRE LA LAUREA TRIENNALE**  
**Ammissione sotto condizione**

Il sottoscritto dichiara:

- di non avere ancora conseguito il titolo di laurea Triennale necessario per l'accesso alla Laurea Magistrale e di essere consapevole che il titolo dovrà essere conseguito entro la sessione autunnale,
- di essere attualmente iscritto al corso di studio di seguito riportato;

Laurea in:	<input type="text"/>
Ateneo:	<input type="text"/>
Data presunta della seduta di Laurea:	<input type="text"/>

Ferrara,

nome e cognome del dichiarante