



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 **2025/2026**, 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:

☐	Laurea in:		In data:		Con voto:	
	Conseguito presso:					

☐	Diploma Universitario in:		In data:		Con voto:	
	Conseguito presso:					
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.						

☐	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:		In data:		Con voto:	
	Conseguito presso:					
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.						

- Ovvero (laureandi):

- 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:	
Ateneo:	
Data presunta della seduta di Laurea:	

- 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:			
Univ. o ente di rilascio:			
Durata:		Data di conseguimento:	

Titolo:			
Univ. o ente di rilascio:			
Durata:		Data di conseguimento:	



Titolo:			
Univ. o ente di rilascio:			
Durata:		Data di conseguimento:	

- 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:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	
Attività professionale di:			
Ente dove è stata svolta:			
Dal giorno (gg/mm/aa):		Al giorno (gg/mm/aa):	



Attività professionale di:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

- *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:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

Attività professionale di:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

Attività professionale di:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

Attività professionale di:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

Attività professionale di:

Ente dove è stata svolta:

Dal giorno (gg/mm/aa):

Al giorno (gg/mm/aa):

- 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:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:

Attività di docenza e tutoraggio:		
Ente dove è stata svolta:		
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:



Attività di docenza e tutoraggio:			
Ente dove è stata svolta:			
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:	

Attività di docenza e tutoraggio:			
Ente dove è stata svolta:			
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:	

Attività di docenza e tutoraggio:			
Ente dove è stata svolta:			
Dall'anno accademico :		All'anno accademico:	

- 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



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:

☐	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 allega l'atto di nomina ;
☐	titolare dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale di interesse (di cui allega idonea documentazione giustificativa) attribuito con atto formale di data certa, conferito in data

Ferrara,

nome e cognome del dichiarante

Chi non rientra in uno dei suddetti casi deve lasciare in bianco questa parte della dichiarazione