

ALLEGATO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEI TITOLI DI CUI ALL'ART. 6 DEL BANDO DI CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE – ANNO ACCADEMICO 2024/2025

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME	
LUOGO E DATA DI NASCITA	

DICHIARA, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art. 75 del citato D.P.R. di essere in possesso dei seguenti titoli (N.B.: compilare soltanto i campi di interesse):

TITOLO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE DI INTERESSE DI CUI ALL'ART. 6 DEL BANDO DI CONCORSO

DENOMINAZIONE TITOLO	ANNO DI CONSEGUIMENTO	ATENEEO/ENTE PRESSO IL QUALE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO
<i>LAUREA ABILITANTE IN:</i>		
<i>DIPLOMA UNIVERSITARIO IN:</i>		
<i>TITOLO ABILITANTE IN:</i>		

TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI DI DURATA NON INFERIORE A SEI MESI

DENOMINAZIONE TITOLO	DURATA IN MESI	ANNO DI CONSEGUIMENTO	ATENEEO/ENTE PRESSO IL QUALE E' STATO CONSEGUITO

ALLEGATO 1

ATTIVITÀ PROFESSIONALE 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, QUESTE ULTIME IDONEAMENTE DOCUMENTATE E CERTIFICATE (*) (DI DURATA SUPERIORE AI 6 MESI)

**(*) SI PRECISA, ALTRESÌ, CHE LA CERTIFICAZIONE DA ALLEGARE UNITAMENTE ALLA COMPILAZIONE DELLA SOTTOSTANTE TABELLA, DOVRÀ ESSERE TALE DA CONSENTIRE ALL'AMMINISTRAZIONE, DI ACCERTARNE LA VERIDICITA'.
IL CANDIDATO, PERTANTO, DOVRÀ FORNIRE TUTTI GLI ELEMENTI NECESSARI PER CONSENTIRE ALL'AMMINISTRAZIONE LE OPPORTUNE VERIFICHE.**

TIPOLOGIA ATTIVITA' PROFESSIONALE	dal giorno (gg/mm/aa)	al giorno (gg/mm/aa)	Ente presso il quale è stata svolta l'attività professionale

ATTIVITÀ PROFESSIONALE 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 SSN: (DI DURATA SUPERIORE AI 6 MESI)

TIPOLOGIA ATTIVITA' PROFESSIONALE	dal giorno (gg/mm/aa)	al giorno (gg/mm/aa)	Ente presso il quale è stata svolta l'attività professionale

DOCENTI E TUTOR DELLE DISCIPLINE PROFESSIONALIZZANTI MED/45-50, INCARICATI FORMALMENTE PRESSO I CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

TIPOLOGIA ATTIVITA' PROFESSIONALE	dal giorno (gg/mm/aa)	al giorno (gg/mm/aa)	Ente presso il quale è stata svolta l'attività professionale

ATTIVITÀ DI RICERCA DOCUMENTATA IN PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE:

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE	ANNO

Napoli, _____

Il/la dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

(Informativa ai sensi dell'art. 10 della L.n. 675/96 e s.m.i.: i dati personali oggetto della presente dichiarazione saranno trattati nel rispetto della L.n. 675/96 e s.m.i., per l'assolvimento delle funzioni istituzionali dell'Amministrazione. Il dichiarante può esercitare i diritti sanciti dall'art. 13 della L.n. 675/96).