



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ALLEGATO C
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
A.A. 2016/2017
MODULO DI VALUTAZIONE TITOLI
(da allegare esclusivamente nel corso della procedura online di iscrizione al concorso)

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Siena

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita: _____ data di nascita ____/____/____

n. codice fiscale _____

Luogo residenza: _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via/Piazza residenza: _____ N. _____

Telefono Cellulare _____

Indirizzo e-mail: _____

Diploma Superiore (*tipo*): _____ anno conseguimento _____

Istituto Diploma Superiore: _____

CHIEDO

di partecipare alla selezione per l'ammissione:

al Corso di Laurea magistrale in Scienze Riabilitative delle professioni sanitarie per l'anno accademico **2016/2017**.

A tal fine, valendomi delle disposizioni di cui al d.p.r. 445/2000, e consapevole, ex art. 76, 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 di cui all'art. 75 del d.p.r. sopra citato,

DICHIARO, SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di studio:

TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO	ATENEIO/ENTE PRESSO IL QUALE È STATO CONSEGUITO	DATA CONSEGUIMENTO	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Laurea in Fisioterapia			



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

Laurea in Podologia			
Laurea in Logopedia			
Laurea in Ortottica ed assistenza oftalmologica			
Laurea in Tecnica della riabilitazione psichiatrica			
Laurea in Terapia occupazionale			
Laurea in Educazione professionale			
Laurea in Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva			
Diploma universitario in _____			
Titolo abilitante all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe SNT2 valido ai sensi della legge 42/92 e precisamente: _____ _____			
Titolo accademico/ post secondario finale straniero _____ che consente nel paese in cui è stato conseguito il proseguimento degli studi universitari nel livello successivo (solo nel caso in cui il titolo degli studi secondari sia stato conseguito al termine di un periodo di almeno 12 anni di scolarità). Abilitazione all'esercizio della professione in Italia			

di essere in possesso dei seguenti titoli accademici formativi (allegare relative certificazioni):

TIPOLOGIA	ATENEEO/ENTE PRESSO IL QUALE È STATO CONSEGUITO	DATA CONSEGUIMENTO	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Altri titoli accademici e/o formativi di durata non inferiore a sei mesi. Nello specifico: Titolo: _____ _____			



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

Durata: _____			
Titolo: _____ _____			
Durata: _____			
Titolo: _____ _____			
Durata: _____			
Titolo: _____ _____			
Durata: _____			
Titolo: _____ _____			
Durata: _____			

di essere in possesso dei seguenti titoli professionali in funzioni apicali (allegare relative certificazioni):

TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE APICALE O DI COORDINAMENTO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESSE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DAL GIORNO (gg/mm/aa aa)	AL GIORNO (gg/mm/aa aa)	Ente presso il quale è stata svolta la professione	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Attività professionale con funzione apicale di: _____				
Attività professionale con funzione apicale di: _____				



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

Attività professionale con funzione apicale di: _____ _____				
---	--	--	--	--

di essere in possesso dei seguenti titoli professionali nell'esercizio della professione sanitaria (allegare relative certificazioni):

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' PROFESSIONALE DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DAL GIORNO (gg/mm/aa aa)	AL GIORNO (gg/mm/aa aa)	Ente presso il quale è stata svolta la professione	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Attività professionale di: _____ _____				
Attività professionale di: _____ _____				
Attività professionale di: _____ _____				
Totale punti (spazio riservato alla commissione giudicatrice)				

Certificazioni allegate:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Data _____

Firma _____



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

SOLO PER COLORO CHE INTENDONO RICHIEDERE L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SOVRANNUMERO:

di essere in possesso dei requisiti necessari per richiedere l'ammissione al corso di laurea magistrale in SOVRANNUMERO alla programmazione nazionale dei posti prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, ai sensi del DM 10 agosto 2016 n.645 in quanto:

Mi è stato conferito l'incarico ai sensi dell'art. 7 della L. 251/00 dal _____ (in base a quanto previsto dal DM 10 agosto 2016 n.645 l'incarico deve essere stato conferito da almeno due anni prima della data di emanazione del citato decreto).

Sono titolare dal _____ con atto formale del _____ dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella Laurea magistrale in scienze riabilitative delle professioni sanitarie (in base a quanto previsto dal DM 10 agosto 2016 n.645 l'incarico deve essere stato conferito da almeno due anni prima della data di emanazione del citato decreto).

Allego le certificazioni relative ai suddetti titoli:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Data _____

Firma _____