



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ALLEGATO C
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
A.A. 2021/2022

MODULO VALUTAZIONE TITOLI
(da allegare esclusivamente nel corso della procedura online di iscrizione al concorso)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(articolo 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

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

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti quanto segue:

di essere in possesso dei seguenti titoli accademici o formativi:

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

di aver svolto la seguente attività professionale:

ATTIVITA' PROFESSIONALE NELL'ESERCIZIO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DAL GIORNO (gg/mm/aa)	AL GIORNO (gg/mm/aa)	ENTE PRESSO IL QUALE E' STATA SVOLTA LA PROFESSIONE	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				

di aver svolto la seguente attività professionale:

ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO O NELLA FUNZIONE SPECIALISTICA FORMALMENTE RICONOSCIUTA IN UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DAL GIORNO (gg/mm/aa)	AL GIORNO (gg/mm/aa)	ENTE PRESSO IL QUALE E' STATA SVOLTA LA PROFESSIONE	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				
Attività professionale _____ _____ _____				



di aver svolto la seguente attività professionale:

DOCENTI E TUTOR DELLE DISCIPLINE PROFESSIONALIZZANTI MED/45-50, INCARICATI FORMALMENTE PRESSO I CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DAL GIORNO (gg/mm/aa)	AL GIORNO (gg/mm/aa)	ENTE PRESSO IL QUALE E' STATA SVOLTA L' ATTIVITA'	SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE
Attività: _____ _____ _____				
Attività: _____ _____ _____				
Attività: _____ _____ _____				
Attività: _____ _____ _____				

di aver svolto la seguente attività di ricerca:

ATTIVITA' DI RICERCA DOUMENTATA IN PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE
Attività: _____ _____ _____
Attività: _____ _____ _____
Attività: _____ _____ _____
Attività: _____ _____ _____

Data _____

Firma _____



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

di essere in possesso dei requisiti necessari **per richiedere l'ammissione al corso di laurea magistrale in SOVRANNUERO** alla programmazione nazionale dei posti prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, ai sensi del D.M. 1058 del 6 agosto 2021 in quanto:

- ricopro 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):

- sono titolare, con atto formale e di data certa da almeno due anni alla data del D.M. 6 agosto 2021 n.1058, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale di interesse:

Data _____

Firma _____