**ALLEGATO C**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**A.A. 2025/2026**

**MODULO VALUTAZIONE TITOLI**

**(da allegare esclusivamente nel corso della procedura online di iscrizione al concorso)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**(articolo 46 DPR 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 Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti quanto segue:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO DI STUDIO POSSEDUTO** | **ATENEO/ENTE PRESSO IL QUALE E’ STATO CONSEGUITO** | **DATA CONSEGUIMENTO** | **SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE** |
| Laurea in Fisioterapia |  |  |  |
| 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 L/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. Abilitazione all’esercizio della professione in Italia |  |  |  |

* di essere in possesso dei seguenti titoli accademici formativi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALTRI TITOLI ACCADEMICI E/O FORMATIVI DI DURATA NON INFERIORE A SEI MESI.** | **ATENEO/ENTE PRESSO IL QUALE E’ STATO CONSEGUITO** | **DATA CONSEGUIMENTO** | **SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE** |
| Nello specifico:Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Nello specifico:Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Nello specifico:Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Nello specifico:Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Nello specifico:Titolo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

* di essere in possesso dei seguenti titoli professionali in funzione apicali:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI ATTIVITA’ PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE APICALE O DI COORDINAMENTO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE** | **DAL GIORNO (gg/mm/****aaaa)** | **AL GIORNO (gg/mm/aaaa)** | **ENTE PRESSO IL QUALE E’ STATA SVOLTA LA****PROFESSIONE**  | **SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE** |
| Attività professionale con funzione apicaledi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale con funzione apicaledi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale con funzione apicaledi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale con funzione apicaledi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

* di essere in possesso dei seguenti titoli professionali nell’esercizio della professione sanitaria:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/****aaaa)** | **AL GIORNO (gg/mm/aaaa)** | **ENTE PRESSO IL QUALE E’ STATA SVOLTA LA****PROFESSIONE**  | **SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE** |
| Attività professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| Attività professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |
| **Totale punti (spazio riservato alla Commissione Giudicatrice)** |  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 SOVRANNUERO** alla programmazione nazionale dei posti prescindendo dall’espletamento della prova di ammissione, ai sensi del DM n. 394 del 30 aprile 2019 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 n. 394 del 30 aprile 2019 l’incarico deve essere stato conferito da almeno due anni prima della dati 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 n. 394 del 30 aprile 2019 l’incarico deve essere stato conferito da almeno due anni prima della dati di emanazione del citato decreto) |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_