



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ALLEGATO C
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
A.A. 2024/2025
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			



UNIVERSITÀ DI SIENA

1240

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 RICOMPRESSE 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 apicale di _____				
Attività professionale con funzione apicale di _____				
Attività professionale con funzione apicale di _____				
Attività professionale con funzione apicale di _____				

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 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 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 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 n. 394 del 30 aprile 2019 l'incarico deve essere stato conferito da almeno due anni prima della data di emanazione del citato decreto)

Data _____

Firma _____