

ALLEGATO B
CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
A.A. 2020/2021
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 Infermieristica | | | |
| Laurea in Ostetricia | | | |
| Laurea in Infermiere pediatrico | | | |
| Diploma universitario in _____ | | | |
| Titolo abilitante all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe L/SNT1 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:

| TIPOLOGIA | ATENELO/ENTE PRESSO IL QUALE E' STATO CONSEGUITO | DATA CONSEGUIMENTO | SPAZIO RISERVATO ALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|
| Diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) | | | |
| Altri titoli accademici e/o formativi di durata non inferiore a sei mesi. Nello specifico: Titolo: _____ _____ | | | |
| Altri titoli accademici e/o formativi di durata non inferiore a sei mesi. Nello specifico: Titolo: _____ _____ | | | |
| Altri titoli accademici e/o formativi di durata non inferiore a sei mesi. Nello specifico: Titolo: _____ _____ | | | |
| Altri titoli accademici e/o formativi di durata non inferiore a sei mesi. Nello specifico: Titolo: _____ _____ | | | |

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

| TIPOLOGIA DI ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE APICALE DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE RICOMPRESE NELLA CLASSE DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE | DAL GIORNO (gg/mm/aaaa) | AL GIORNO (gg/mm/aaa a) | 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 _____ | | | | |



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

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 INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE | DAL GIORNO (gg/mm/aaaa) | AL GIORNO (gg/mm/aaa a) | 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 in possesso del titolo rilasciato da scuole dirette a fini speciali per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica ai sensi del D.P.R. 162/82 e sono titolare dal _____ dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in infermieristica attribuito con atto formale del _____ emanato dal seguente ente _____ (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 infermieristiche e ostetriche (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 _____