



Allegato 1

MODULO VALUTAZIONE TITOLI

Lauree magistrali delle professioni sanitarie

Il punteggio relativo alla valutazione dei titoli farà riferimento solo a quanto dichiarato in questo modulo.

Chi NON lo presenterà nei termini previsti dal bando avrà riconosciuto il solo punteggio relativo alla prova scritta.

Alla Magnifica Rettrice dell'Università degli Studi di Ferrara

Il sottoscritto:

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data e luogo nascita:

Indirizzo:

Città, CAP, Provincia:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

CHIEDE

di partecipare, per l'anno accademico **2025/2026**, alla selezione per l'ammissione al corso di laurea magistrale in:

- Scienze infermieristiche ed ostetriche
- Scienze riabilitative delle professioni sanitarie
- Scienze delle professioni sanitarie tecnico-diagnostiche

(barrare il corso di interesse)

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000, e consapevole 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 ottenuti,



DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

<input type="checkbox"/>	Laurea in: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		

<input type="checkbox"/>	Diploma Universitario in: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.			

<input type="checkbox"/>	Titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, di cui alla legge n. 42/1999:		
	Denominazione: <input type="text"/>	In data: <input type="text"/>	Con voto: <input type="text"/>
	Conseguito presso: <input type="text"/>		
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.			

- Ovvero (laureandi):

- di non avere ancora conseguito il titolo di laurea Triennale necessario per l'accesso alla Laurea Magistrale e di essere consapevole che il titolo dovrà essere conseguito entro la sessione autunnale,
- di essere attualmente iscritto al corso di studio di seguito riportato

Laurea in:	<input type="text"/>
Ateneo:	<input type="text"/>
Data presunta della seduta di Laurea:	<input type="text"/>

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi: (fino ad 1 punto per ciascuno titolo fino ad un massimo di punti 3):

Titolo:	<input type="text"/>		
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>		
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>

Titolo:	<input type="text"/>		
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>		
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>



Titolo:	<input type="text"/>		
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>		
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>

- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali** nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione: (punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4)

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>



Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>

- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali nella funzione di coordinamento o nella funzione specialistica** formalmente riconosciuta in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN:
(punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 5)

Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa): <input type="text"/>



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività di docenza e tutoraggio** nelle discipline professionalizzanti MED/45-50, con incarichi formalmente attribuiti, presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie:
(punti 0,50 per ciascun incarico/anno fino ad un massimo di punti 5)

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>	
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>	
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico: <input type="text"/>



Il sottoscritto, a norma del D.Lgs. 196/03, dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Ferrara,

Nome e cognome del dichiarante



CANDIDATI PER CUI NON È PREVISTA LA PROVA DI AMMISSIONE
Ammissione diretta e in soprannumero

Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei requisiti necessari per richiedere l'ammissione al corso di laurea magistrale in deroga alla programmazione nazionale prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, in quanto:

<input type="radio"/>	ricopre 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) di cui allega l'atto di nomina ;
<input type="radio"/>	titolare dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale di interesse (di cui allega idonea documentazione giustificativa) attribuito con atto formale di data certa, conferito in data <input type="text"/>

Ferrara, nome e cognome del dichiarante

Chi non rientra in uno dei suddetti casi deve lasciare in bianco questa parte della dichiarazione