



ALLEGATO 1

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN _____

A.A. 2026/2027

MODULO DI VALUTAZIONE DELLA CARRIERA

lo sottoscritto/a:
Cognome:
Nome:
Data e luogo nascita:
Residente in Via/n. civico:
Città, CAP, Provincia:
Recapito telefonico:
Indirizzo e-mail:
Diploma di maturità: (tipo, anno, istituto)

CHIEDO

di partecipare alla selezione per l'ammissione ai corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie e in particolare al corso di studio in _____ per l'anno accademico **2026/2027**.

A tal fine, avvalendomi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000, e consapevole, ex art. 76, 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 di cui all'art. 75 del D.P.R. sopra citato,

DICHIARO, SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- ☐ di essere in possesso di uno dei titoli di accesso previsti dal bando (laurea abilitante, diploma universitario abilitante o titolo abilitante ai sensi della legge 26 febbraio 1999, n. 42), conseguito presso un Ateneo italiano e autocertificato secondo le modalità previste dal bando;
- ☐ di essere in possesso del titolo di studio estero riconosciuto idoneo, allegato alla domanda secondo le modalità previste dal bando e dell'abilitazione all'esercizio della professione in Italia;
- ☐ di non essere ancora in possesso del titolo di studio necessario all'ammissione alla prova, d'impegnarsi a conseguirlo entro il termine perentorio del 31 dicembre 2026 e di autocertificare l'iscrizione al corso di studio presso un Ateneo italiano secondo le modalità previste dal bando;
- ☐ di non essere ancora in possesso del titolo di studio necessario all'ammissione alla prova in quanto iscritto in un Ateneo straniero, d'impegnarsi a conseguirlo entro il termine perentorio del 31 dicembre 2026, allegando alla domanda i titoli conseguiti all'estero, secondo le modalità previste dal bando;
- ☐ di essere in possesso dei seguenti **titoli accademici e formativi** di durata **non inferiore a sei mesi** e di allegare idonea autocertificazione o certificazione nel caso di titoli non rilasciati dalla Pubblica Amministrazione:



TIPOLOGIA
Titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi
Titolo _____ _____ _____
Durata: _____ _____
Titolo _____ _____ _____
Durata: _____ _____
Titolo _____ _____ _____
Durata: _____ _____

☐ di aver svolto/svolgere **Attività professionale** nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale per cui il candidato presenta domanda, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione, queste ultime idoneamente documentate e certificate:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE	DAL - AL	TOTALE MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ	ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA LA PROFESSIONE	TIPOLOGIA ENTE: A) PUBBLICO B) PRIVATO C) ACCREDITATO D) CONVENZIONATO



☐ di aver svolto/svolgere le seguenti **Attività Professionali** nella funzione organizzativa di coordinamento o professionale/ specialistica formalmente riconosciuta in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale per cui il candidato presenta domanda, formalmente conferita, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione, queste ultime idoneamente documentate e certificate

ATTIVITÀ PROFESSIONALE	DAL - AL	TOT. MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ	ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA LA PROFESSIONE	TIPOLOGIA ENTE: A) PUBBLICO; B) PRIVATO; C) ACCREDITATO; D) CONVENZIONATO
---------------------------	----------	---	---	---



☐ di aver svolto/svolgere **Attività di Docente o Tutor** delle discipline professionalizzanti ex MED/45-50, incaricati formalmente presso i corsi di laurea Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie:

ATTIVITÀ	DAL - AL	TOT. MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ	ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA L' ATTIVITÀ	TIPOLOGIA ENTE: A) PUBBLICO; B) PRIVATO; C) ACCREDITATO; D) CONVENZIONATO



☐ **Attività di Ricerca** documentata in pubblicazioni scientifiche

1. _____

2. _____

3. _____



4.	
5.	

Data _____

Firma
