

# DOMANDA DI AMMISSIONE MODULI SINGOLI DI CORSO MASTER

**AL MAGNIFICO RETTORE**  
dell'Università degli Studi di Firenze  
Segreteria Post Laurea  
Via Gino Capponi, 9  
50121 FIRENZE

**ANNO ACCADEMICO 2015/2016**

**Oggetto:** Domanda di ammissione alla selezione a **MODULI SINGOLI** al corso Master Universitario di secondo livello in:

## **INGEGNERIA DELLA SALUTE e HTA**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Codice Fiscale

**cognome e nome**

sexso  M  F nato/a il  a  prov.

nazione di nascita  cittadinanza

**residente** in via/piazza  n.

frazione/località

comune  prov.  C.A.P.

telefono  cell.

e-mail (scrivere stampatello)

**recapito** (indicare solo se diverso dalla residenza. Obbligatoria in ipotesi di residenza in Paese estero).

presso  telefono

in via/piazza  n.

comune  prov.  C.A.P.

### **CHIEDE**

di essere ammessa/o alla selezione in oggetto (indicare fino ad un massimo di 12 cfu).

| INSEGNAMENTO  | SSD        | CFU       |
|---|------------|-----------|
| <b>Valutazione tecnologie e sistemi</b>   |            | <b>6</b>  |
| <input type="checkbox"/> Dispositivi medici, certificazione e impianti              | ING-INF/07 | 3         |
| <input type="checkbox"/> Sistemi elettromedicali                                    | ING-INF/07 | 3         |
| <b>Strumenti di gestione</b>  |            | <b>9</b>  |
| <input type="checkbox"/> Project management in sanità                               | ING-IND/17 | 3         |
| <input type="checkbox"/> Aspetti legali dell'Ingegneria Clinica                     | IUS/10     | 3         |
| <input type="checkbox"/> Sistemi wireless   | ING-INF/03 | 3         |
| <b>Gestione dei dati e delle informazioni</b>                                       |            | <b>6</b>  |
| <input type="checkbox"/> Sistemi informativi sanitari                               | ING-INF/06 | 3         |
| <input type="checkbox"/> Telematica, telemedicina e servizi sanitari sul territorio | ING-INF/03 | 3         |
| <b>Gestione delle strutture</b>   |            | <b>12</b> |
| <input type="checkbox"/> Organizzazione dei sistemi sanitari e modelli regionali    | ING-IND/34 | 3         |

|  |            |          |
|--|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Programmazione, controllo e valutazione delle performance | ING-IND/17 | 3        |
| <input type="checkbox"/> Gestione delle risorse umane                              | ING-IND/17 | 3        |
| <input type="checkbox"/> Strumenti economici e finanziari nelle aziende sanitarie  | ING-IND/17 | 3        |
| <b>Principi e metodi dell'HTA</b>  |            | <b>9</b> |
| <input type="checkbox"/> Metodologia, ricerca e review                             | ING-INF/06 | 3        |
| <input type="checkbox"/> Valutazioni tecniche, economiche e sociali                | ING-INF/06 | 3        |
| <input type="checkbox"/> Progettazione, innovazione e sostenibilità                | ING-INF/06 | 3        |

**A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28/12/2000, n. 445** e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato:

• **di essere in possesso del seguente titolo valido per il Master in oggetto:**

- laurea in \_\_\_\_\_ (V.O. ante DM 509/99)
- laurea triennale ex DM 509/99 in \_\_\_\_\_ | Classe \_\_\_\_\_
- laurea specialistica ex DM 509/99  laurea magistrale ex DM 270/04 in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ | Classe \_\_\_\_\_
- diploma universitario in \_\_\_\_\_
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

(se conseguito presso l'Ateneo fiorentino indicare numero di matricola: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|)

in data |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| con votazione di |\_|\_|\_|\_|\_| su |\_|\_|\_|\_|\_| lode  SI

per i titoli conseguiti all'estero: allegare copia certificato di laurea e traduzione.

• **di essere in possesso dei seguenti titoli** di cui chiede la valutazione (*attestati, pubblicazioni, ecc...*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **di essere in possesso delle seguenti conoscenze linguistiche:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **di essere in possesso delle seguenti conoscenze informatiche:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• **di essere a conoscenza** delle norme e dei termini previsti dal bando;

• **di essere a conoscenza** che nel caso sia accertata la non veridicità di quanto dichiarato, fermo restando le responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, comporterà l'automatica esclusione dalla graduatoria e la conseguente impossibilità di iscriversi.

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma)

---

**ALLEGATI:**

- quietanza comprovante l'avvenuto pagamento di € 30,00** a titolo di contributo spese per la prova di ammissione, da effettuarsi mediante bollettino di c/c postale n. 2535, intestato a Università degli Studi di Firenze – Servizio Tesoreria Piazza San Marco, 4 – 50121 Firenze, con causale obbligatoria: *"domanda di ammissione moduli singoli Master in Ingegneria della Salute e HTA" a.a. 2015/2016*
- autocertificazione o certificato di laurea con indicazione degli esami sostenuti e titolo tesi (esclusi i laureati presso l'Università degli Studi di Firenze)
- curriculum vitae
- eventuali titoli presentati per la valutazione, in copia dichiarata conforme all'originale dall'interessato:

---

---

---