



**MODULO DI VALUTAZIONE PREVENTIVA DELLA CARRIERA**  
**a.a. 2017/2018**

Il presente modulo deve essere **obbligatoriamente compilato da tutti i candidati** alla prova di ammissione ai Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni sanitarie **entro e non oltre le ore 23:59 del 13 settembre 2017**.

Accedendo al “Portale studenti” con le proprie credenziali è **necessario inserire on line il modulo e copia scansionata dei titoli ivi indicati**. Il mancato inserimento del presente modulo e dei titoli renderà impossibile la valutazione da parte della Commissione Giudicatrice ed il riconoscimento del conseguente punteggio.

Tale dichiarazione ha valore di autocertificazione, ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000.

<b>Cognome</b>	
<b>Nome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>	
<b>Via/n. civico</b>	
<b>Città, CAP, Provincia</b>	
<b>Telefono</b>	
<b>e-mail</b>	

**1) TITOLO DI STUDIO RICHIESTO PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE (indicare esclusivamente il titolo da valutare)**

Spazio riservato  
alla Commissione  
Valutatrice

	<b>TITOLO di studio</b>	<b>Anno</b>	<b>Ateneo / Ente presso il quale è stato conseguito</b>	
A.	<b>Laurea in conseguita in ..... anni</b>			
B.	<b>Diploma universitario</b> abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse:			
C.	<b>TITOLO abilitante</b> all'esercizio delle professioni sanitarie ricomprese nella classe SNT/1 valido ai sensi della L. 42/99:  <b>In questo caso, specificare il tipo di titolo e allegare autocertificazione o certificazione con esami, voti e date.</b>  <b><u>Allegare, inoltre, i programmi di studio.</u></b>			

2) **ALTRI TITOLI ACCADEMICI E FORMATIVI** (ciascuno di durata non inferiore a sei mesi)

Spazio riservato  
alla Commissione  
Valutatrice

	Tipologia	Anno	Ateneo / Ente presso il quale è stato conseguito il titolo	
A	Diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82 <b>(allegare i programmi di studio, ad eccezione dei titoli conseguiti presso l'Università di Catania)</b>			

B	Altri titoli accademici e/o formativi, ciascuno di durata <b>non inferiore a sei mesi</b> (specificare il tipo di titolo e la durata e allegare idonea e valida certificazione o autocertificazione)			
B.1	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.2	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.3	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.4	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.5	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.6	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.7	Titolo..... ..... Durata: .....			
B.8	Titolo..... ..... Durata: .....			

**3) ATTIVITÀ PROFESSIONALI IN FUNZIONI APICALI O DI COORDINAMENTO**  
 (idoneamente documentati ed attestati dalla Direzione Generale della struttura di appartenenza)

Spazio riservato  
 alla Commissione  
 Valutatrice

Tipologia	dal giorno (gg/mm/aa)	al giorno (gg/mm/aa)	Ente presso il quale è stata svolta la professione	
Attività professionali nella <b>funzione apicale</b> di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse ( <b>specificare e allegare stato di servizio</b> )				
1) Attività professionale con funzione apicale di ..... .....				
2) Attività professionale con funzione apicale di ..... .....				
3) Attività professionale con funzione apicale di ..... .....				
4) Attività professionale con funzione apicale di ..... .....				

**4) ATTIVITÀ PROFESSIONALI NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE SANITARIA**  
 (idoneamente documentati e certificati. Sono valutabili solo i periodi consecutivi superiori a sei mesi)

Spazio riservato  
 alla Commissione  
 Valutatrice

Tipologia	dal giorno (gg/mm/aa)	al giorno (gg/mm/aa)	Ente presso il quale è stata svolta la professione	
Attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse ( <b>specificare e allegare stato di servizio</b> )				
1) Attività professionale di ..... ..... .....				
2) Attività professionale di ..... ..... .....				
3) Attività professionale di ..... ..... .....				

4) Attività professionale di .....				
.....				
.....				
5) Attività professionale di .....				
.....				
.....				
6) Attività professionale di .....				
.....				
.....				
7) Attività professionale di .....				
.....				
.....				
8) Attività professionale di .....				
.....				
.....				

<b>TOTALE PUNTI</b> (spazio riservato alla Commissione Valutatrice)	_____
---	-------

Ogni dichiarazione sostitutiva di certificazione è stata effettuata ai sensi dell'art. 46 del DPR 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR.

Al fine della validità della presente dichiarazione sostitutiva di certificazione è necessario allegare una fotocopia del documento di identità del sottoscrittore.

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_