

Allegato A



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA

Corso di Laurea Magistrale in _____

A.A. 2020/2021

MODULO DI VALUTAZIONE PREVENTIVA DELLA CARRIERA

Il presente modulo deve essere **obbligatoriamente compilato da tutti i candidati** alla prova di ammissione ai Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie **entro le ore 14:00 del 10 settembre 2020**. Accedendo al “Portale studenti” con le proprie credenziali è **necessario inserire on line il modulo e copia scansata 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.

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

1) TITOLO DI STUDIO RICHIESTO PER L'ACCESSO AI CORSI DI LAUREA MAGISTRALE (INDICARE ESCLUSIVAMENTE IL TITOLO DA VALUTARE)

Spazio riservato alla
Commissione Valutatrice



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

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 (allegare i programmi di studio, ad eccezione dei titoli conseguiti presso l'Università di Catania)			
B	Altri titoli accademici e/o formativi, ciascuno di durata non inferiore a sei mesi (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 e certificati 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 funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica di interesse (specificare e allegare stato di servizio)				
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. (specificare e allegare stato di servizio)				
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				
.....				
.....				

TOTALE PUNTI (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
