



**SCHEDA VALUTAZIONE TITOLI PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome		
Luogo e data di nascita		
Residenza e indirizzo completo		
Telefono; E-Mail		
Codice Fiscale		

Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e sotto la propria personale responsabilità:

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti per l'ammissione alla prova:

TITOLO	CONSEGUITO PRESSO: Istituto/Università/Ente e città)	DATA CONSEGUIMENTO
Diploma di maturità		
Laurea abilitante - SNT1		
Diploma universitario abilitante		
Titolo abilitante all'esercizio di cui alla Legge n. 42/1999		



di essere in possesso dei seguenti titoli, valutabili per l'**ammissione in sovrannumero**:

TITOLO	RILASCIATO DA:	DATA	Spazio riservato COMMISSIONE
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)			
Titolarità con atto formale e di data certa, da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale di interesse.			

di essere in possesso di altri titoli:

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	CONSEGUITO PRESSO:(Università)	DATA CONSEGUIMENTO	Spazio riservato COMMISSIONE



Attività professionale 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, queste ultime idoneamente documentate e certificate.

(punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi, fino ad un massimo di punti 4)

DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESSO	DAL (g/m/a)	AL (g/m/a)	N° MESI	Spazio riservato COMMISSIONE

Attività professionale 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 ai sei mesi, fino ad un massimo di punti 5)

DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESSO	DAL (g/m/a)	AL (g/m/a)	N° MESI	Spazio riservato COMMISSIONE

Docenti e Tutor delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche

(punti 0,50 per ciascun incarico/anno, fino ad un massimo di punti 5)

DESCRIZIONE ATTIVITA'	PRESSO	DAL (g/m/a)	AL (g/m/a)	N° MESI	Spazio riservato COMMISSIONE



Attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche (fino ad un massimo di punti 3)	
ATTIVITA' DI RICERCA	Spazio riservato COMMISSIONE

Il/La sottoscritt__ rilascia le suddette dichiarazioni ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445, e dichiara di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 dello stesso DPR 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci.

Il/La sottoscritt__ esprime, inoltre, il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la seguente richiesta possano essere trattati, nel rispetto degli artt. 13-14 del GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION – Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche per quanto riguarda il trattamento dei dati personali) e del D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy) per gli adempimenti connessi alla presente selezione.

Data.....

In fede

Firma

VALUTAZIONE COMMISSIONE	TOTALE PUNTEGGIO