

Università degli Studi di Cagliari
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in
Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione

Allegato 1

**SCHEMA ANAGRAFICA E DEI TITOLI ACCADEMICI E PROFESSIONALI PRESENTATI E
 VALUTABILI PER LA LAUREA MAGISTRALE IN
 SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE**
(Compilare a macchina o stampatello)

Il/la sottoscritto/a
 nato/a a il
 residente in , via.....
 CF Tel.....
 Cell.: indirizzo e-mail

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

D I C H I A R A

di essere in possesso dei seguenti titoli, valutabili ai sensi degli artt. n. 2 bis e n. 6 del bando di selezione:

| A: TITOLO DI ACCESSO AL CORSO | | NO/SI | Università | Anno |
|---|--|-------|------------|------|
| Diploma laurea triennale abilitante | Assistente Sanitario | | | |
| | Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro | | | |
| | Altro (specificare) | | | |
| Diploma universitario abilitante | Assistente Sanitario | | | |
| | Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro | | | |
| | Altro (specificare) | | | |
| Titolo professionale abilitante equipollente ai sensi della legge 42/1999 | (specificare la denominazione del titolo posseduto) | | | |

| B: REQUISITI AMMISSIONE IN SOPRANNUMERO (Allegare copia documentazione attestante il requisito) | NO/SI | Università/Ente | Anno |
|---|-------|-----------------|------|
| Coloro ai quali sia stato conferito l'incarico ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, commi 1 e 2, da almeno due anni alla data del presente decreto | | | |
| Coloro che risultino in possesso del titolo rilasciato dalle Scuole dirette a fini speciali per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 162 del 1982 e siano titolari, da almeno due anni alla data del presente decreto, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in infermieristica attribuito con atto formale di data certa | | | |
| coloro che siano titolari, 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 | | | |

Università degli Studi di Cagliari
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in
Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione

Allegato 1

ALTRI TITOLI di durata non inferiore a 6 mesi - max 0,5 per ciascun titolo fino ad un massimo di 5 punti - LAUREA, MASTER, PERFEZIONAMENTO, SPECIALIZZAZIONI, TITOLI PROFESSIONALI, ECC.

| TITOLO | PRESSO | ANNO |
|--------|--------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

C: ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE APICALE O DI COORDINAMENTO - max 1 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 4 punti

| DESCRIZIONE ATTIVITA' | PRESSO | DAL (g/m/a) | AL (g/m/a) | N. MESI |
|-----------------------|--------|-------------|------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

D: ATTIVITA' PROFESSIONALE - max 0,5 punti per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di 4 punti

| DESCRIZIONE ATTIVITA' | PRESSO | DAL (g/m/a) | AL (g/m/a) | N. MESI |
|---|--------|-------------|------------|---------|
| Assistente Sanitario | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Università degli Studi di Cagliari
 Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea Magistrale in
Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione

| |
|-------------------|
| Allegato 1 |
|-------------------|

| DESCRIZIONE ATTIVITA' | PRESSO | DAL (g/m/a) | AL (g/m/a) | N. MESI |
|---|--------|----------------|---------------|------------|
| Altro (specificare l'attività professionale svolta nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data.....

In fede

Firma

N.B.
 Il presente modulo dovrà obbligatoriamente essere compilato e fatto pervenire alla Segreteria Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, entro il 6 ottobre 2014.

La firma deve essere apposta in presenza di un addetto della Segreteria Studenti, previa esibizione di idoneo documento d'identità. In caso di spedizione o consegna tramite terze persone deve essere allegata una fotocopia fronte/retro di un documento d'identità.