**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN**

**SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE**

Presidente: Prof. Rosaria ALVARO Vicepresidente: Prof. Ersilia BUONOMO

## DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA

*Al Magnifico Rettore*

*dell’Università degli studi di*

*Roma Tor Vergata*

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a Provincia ( \_)

Residente in Provincia ( ) via/piazza n° Codice fiscale

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

## DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE

* che i titoli presentati e autocertificati saranno oggetto di verifica da parte dell’Università.
* che qualora risultassi idoneo al test di ammissione non potrò procede all’immatricolazione fino all’eventuale verifica da parte dell’Ateneo della veridicità di quanto dichiarato.

In Fede

*Roma lì,*

# PROSSIMO CONSEGUIMENTO TITOLO ABILITANTE

*Al Magnifico Rettore dell’Università degli studi di Roma Tor Vergata*

Il/La sottoscritto/a nato/a a Provincia ( )

Residente a via/piazza n° Codice fiscale

Non essendo ancora in possesso del titolo di Laurea triennale in

e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* + di essere iscritta/o all’Università degli Studi di
  + di essere iscritta/o al 3° anno di Corso di Laurea Triennale in
  + di dover sostenere la discussione finale di tesi e la prova di abilitazione all’esercizio professionale nella sessione di

novembre del corrente A.A. prevista nei giorni

A tal fine allega il certificato in carta semplice degli esami sostenuti con votazione.

**INOLTRE**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che qualora risultasse vincitrice/tore della prova di selezione, verrà ammessa/o con riserva e di dover presentare il certificato di Laurea il mese di dicembre.

In Fede

Roma il,

## TITOLO DI STUDIO, TITOLO PROFESSIONALE, TITOLI ACCADEMICI

*Al Magnifico Rettore*

*dell’Università degli studi di*

*Roma Tor Vergata*

Ll/La\_\_ sottoscritto/a\_ nato/a a Provincia ( )

Residente in Provincia ( ) via/piazza n° Codice fiscale

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci.

# DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI

***(Si prega di barrare esclusivamente le caselle interessate)***

# Diploma di Maturità quinquennale in

conseguita presso nell’anno

Presentato\*  Autocertificato

***\* solo in caso di candidati NON in possesso di titolo di titoli accademici***

# Titolo professionale di accesso in

Presentato Autocertificato

* Diploma laurea triennale abilitante conseguita presso nell’anno
* Diploma universitario abilitante conseguito presso nell’anno
* Titolo professionale abilitante equipollente legge 42/99 conseguito presso nell’anno
* Consegue la laurea triennale nella sessione di novembre **(*compilare autodichiarazione allegata*)**;

# Di essere in possesso dei seguenti titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi

* 1. conseguito presso nell’anno Presentato Autocertificato
  2. conseguito presso nell’anno

Presentato Autocertificato

* 1. conseguito presso nell’anno Presentato Autocertificato

In Fede

*Roma lì,*

# DOCENZE E TUTORAGGI

*Al Magnifico Rettore*

*dell’Università degli studi di*

*Roma Tor Vergata*

Il/la sottoscritto/a\_ nato/a a Provincia ( \_)

Residente in Provincia ( ) via/piazza n° Codice fiscale

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

# DICHIARA DI AVERE SVOLTO

***(Si prega di barrare esclusivamente le caselle interessate)***

* **Docenze/Tutoraggi nelle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 2. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 3. Docente  | Tutor  | Ateneo Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 4. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 5. Docente  | Tutor  | Ateneo Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 6. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 7. Docente  | Tutor  | Ateneo Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 8. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 9. Docente  | Tutor  | Ateneo Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |
| 10. Docente  | Tutor  | Ateneo  Presentato |  | CdL  Autocertificato |  | Anno |

# NB. L’attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche non si può autocertificare, ma

**occorre presentare in allegato il pdf dell’articolo.**

In Fede

*Roma lì,*

Il/La

# AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA’ LAVORATIVA

(*Art. 46 – lettera b – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*)

Sottoscritto/a nato/a

a Prov. il / / residente a Prov. in via n° C.F. , tel. E-mail consapevole che:

* chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. n. 445/2000;
* non potranno essere prese in considerazione autocertificazioni non contenenti tutti i dati richiesti dal bando per l’ammissione al Corso di Laurea Magistrale in , Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**DICHIARA**

1. **di essere attualmente dipendente della Struttura: dal / / Indirizzo Sede Amministrativa: Via n° C.A.P.**

**Città: Prov. ; Referente: Dott. ; Tel. Indirizzo e-mail ufficio del personale:**

* + **Con la qualifica di**:
    - DIRIGENTE
    - COORDINATORE
    - Nel profilo professionale di
  + **Ore settimanali previste**:
  + **Tipologia di contratto**:
    - TEMPO INDETERMINATO
    - TEMPO DETERMINATO
    - PART-TIME
    - LIBERO PROFESSIONISTA

□ 36  <30  <20  <10

1. **di essere stato dipendente della Struttura: dal / / al / / Indirizzo Sede Amministrativa: Via n° C.A.P.**

**Città: Prov. ; Referente: Dott. ; Tel. Indirizzo e-mail ufficio del personale:**

* + **Con la qualifica di**:
    - DIRIGENTE
    - COORDINATORE
    - Nel profilo professionale di
  + **Ore settimanali previste**:
  + **Tipologia di contratto**:
    - TEMPO INDETERMINATO
    - TEMPO DETERMINATO
    - PART-TIME
    - LIBERO PROFESSIONISTA

□ 36  <30  <20  <10

1. **di essere stato dipendente della Struttura: dal / / al / / Indirizzo Sede Amministrativa: Via n° C.A.P.**

**Città: Prov. ; Referente: Dott. ; Tel. Indirizzo e-mail ufficio del personale:**

* + **Con la qualifica di**:
    - DIRIGENTE
    - COORDINATORE
    - Nel profilo professionale di
  + **Ore settimanali previste**:
  + **Tipologia di contratto**:
    - TEMPO INDETERMINATO
    - TEMPO DETERMINATO
    - PART-TIME
    - LIBERO PROFESSIONISTA

□ 36  <30  <20  <10

*Data e luogo,* **Firma del dichiarante *(per esteso e leggibile)***

*(allegare copia del documento d’identità sottoscritto in originale)*