



**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 procedere all'immatricolazione fino all'eventuale verifica da parte dell'Ateneo della veridicità di quanto dichiarato.

In Fede

Roma li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROSSIMO CONSEGUIMENTO TITOLO ABILITANTE  
(PER LAUREANDI)**

*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 penalipreviste 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*

L/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

3. \_\_\_\_\_ 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 <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
2.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
3.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
4.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
5.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
6.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
7.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
8.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ Autocertificato	Anno _____
9.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
10.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> 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 li, \_\_\_\_\_

# AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA

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

Il/La \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

36       <30       <20       <10

2. 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 \_\_\_\_\_

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

36       <30       <20       <10

3. 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 \_\_\_\_\_

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

36       <30       <20       <10

Data e luogo, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)  
(allegare copia del documento d'identità sottoscritto in originale)