

**Domanda per l'ammissione diretta all'immatricolazione
ai Corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie**

(da compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ via _____
Codice Fiscale _____ Tel / Cell _____
E-mail _____

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci e la formazione o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere in una delle seguenti posizioni (barrare le voci che interessano):

- ricopre una 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);
- è titolare, con atto formale e di data certa da almeno due anni alla data dell'8 agosto 2025, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale di interesse.

CHIEDE

di essere ammesso/a al **Corso di laurea magistrale in:**

- Scienze Infermieristiche ed Ostetriche LM/SNT 1**
- Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie LM/SNT 2**
- Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche LM/SNT 3**

L'__stess__ dichiara di accettare, senza alcuna riserva, tutte le disposizioni contenute nel bando di ammissione per l'A.A. 2025/2026.

_____, lì _____

Firma del candidato