

Elenco e autovalutazione dei titoli valutabili – Bando per l'ammissione ai corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie a.a. 2026/27

__l__ sottoscritt _____, nat__a_____il_____, al fine del riconoscimento del punteggio previsto per i titoli valutabili per l'ammissione al **Corso di Laurea magistrale in _____** per l'a.a. 2026/27, preso atto di quanto previsto dal bando di ammissione, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 2000,

DICHIARA

di essere in possesso di:

- ☐ 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) pari a _____punti;
- ☐ Attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse presso servizi sanitari e sociosanitari 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) pari a _____punti;
- ☐ Attività professionale di funzione organizzativa di coordinamento o professionale/specialistica in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, formalmente conferita, presso servizi sanitari e sociosanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione, queste ultime idoneamente documentate e certificate (punti 1 per ciascun anno o frazione superiore ai sei mesi, fino ad un massimo di punti 5) pari a _____punti;
- ☐ Docenti e Tutor delle discipline ex MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea, Corsi di LM delle professioni sanitarie (punti 0,50 per ciascun incarico/anno, fino ad un massimo di punti 5) pari a _____punti;
- ☐ Attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche (fino ad un massimo di punti 3) pari a _____punti.

Al fine del riconoscimento del punteggio suddetto, __l__ sottoscritt__ allega (selezionare le voci di interesse):

- ☐ Copia del Diploma di _____ conseguito presso _____ il _____
- ☐ Dichiarazioni sostitutive di certificazioni
- ☐ Curriculum professionale con elencazione dei periodi lavorati presso le Strutture Pubbliche: _____
- ☐ Ulteriori allegati _____
- ☐ Copia di un documento di identità in corso di validità.

_____, li _____

Firma del candidato

Riservato alla Commissione valutatrice:

ALTRI TITOLI previsti dal bando di ammissione	ATTIVITA' PROFESSIONALI	FUNZIONI APICALI	TOTALE