(Allegato A)

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, residente in _____, e domiciliato/a in _____ via _____ n° _____, 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, di cui all'art. 9 del bando di selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (Classe LM/SNT1) o del bando di selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche (Classe LM/SNT3), come di seguito specificato:

1. *TITOLO ABILITANTE UTILIZZATO PER L'ACCESSO (indicare con precisione se si tratta di Diploma di laurea abilitante, Diploma universitario abilitante o altro titolo abilitante; la data in cui si è conseguito il titolo e l'ente o istituto che ha rilasciato il titolo)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. Diploma di Scuola diretta a fini speciali in assistenza infermieristica (DAI) di cui al D.P.R. n. 162/82 *(indicare con precisione; la data in cui si è conseguito il titolo e l'ente o istituto che ha rilasciato il titolo)*

_____

_____

_____

_____

3. Altri titoli accademici o formativi di durata **non inferiore a sei mesi** *(indicare con precisione per ciascun titolo la denominazione, la data di inizio e fine del corso, la data in cui si è conseguito il titolo e l'ente o istituto che ha rilasciato il titolo; indicare esclusivamente titoli conseguiti entro la data di scadenza del bando)*

4. Attività professionali **nella funzione apicale** di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse per periodi non inferiori ai sei mesi *(indicare con precisione per ciascun periodo lavorativo la data di inizio e termine dell'attività lavorativa; il ruolo svolto e l'ente presso il quale si è svolta l'attività lavorativa)*

5. Attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, per periodi non inferiori ai sei mesi *(indicare con precisione per ciascun periodo lavorativo la data di inizio e termine dell'attività lavorativa; il ruolo svolto e l'ente presso il quale si è svolta l'attività lavorativa)*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto, confermato e sottoscritto. IL/LA DICHIARANTE

Cagliari, li ____/____/_____ _____

(firma per esteso e leggibile)