



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

MODULO A

DOMANDA VALUTAZIONE TITOLI

(da allegare alla procedura di iscrizione online entro la scadenza prevista dal bando di ammissione.

Per la valutazione dei titoli non sarà presa in considerazione altra documentazione se non la presente, debitamente firmata e datata e completa di atti formali. Non saranno presi in considerazione *curriculum vitae*)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – G.U. n. 42 del 20/02/2001)

Il/La sottoscritto/a.....codice fiscale.....

nato/a a (Prov. di) il

residente a (Prov. di)

vian° C.A.P.nazione.....

cellulare e-mail

CHIEDE

la valutazione dei titoli ai sensi **dell'art. 4 del Decreto Ministeriale n.984 del 24 luglio 2023.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza di benefici in caso di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), presa visione del bando di ammissione e del suddetto D.M. e relativi allegati;

DICHIARA

(1) Titoli di studio

Di aver conseguito

- Laurea in (*indicare: Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Ostetricia*) _____
- Diploma universitario (*indicare: Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Ostetricia*) _____
- Titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe _____

rilasciato da (*indicare Ateneo o Scuola Regionale*)

oppure

Di conseguire la Laurea in _____ nella sessione autunnale
dell'anno accademico 2022/2023 presso l'Università di _____



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

(2) Di essere in possesso dei seguenti altri titoli:

1. **Titoli accademici o formativi di durata non inferiore a 6 mesi**

→ fino ad un punto per ciascun titolo, fino ad un massimo di 3 PUNTI

**PUNTI
(Riservato alla
Commissione)**

| | | |
|-------------------------------------|-------------|--|
| 1. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 2. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 3. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 4. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 5. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 6. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |
| 7. _____ conseguito presso _____ | Anno: _____ | |

**(Riservato alla
Commissione)**

Totale punti

| |
|--|
| |
|--|



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

2. Attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale delle Scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1) presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione, queste ultime idoneamente documentate e certificate.

→ Puntì 0,5 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi, fino a un massimo di 4 PUNTI

**PUNTI
(Riservato alla
Commissione)**

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 1) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |
| 2) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |
| 3) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione della struttura) _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |
| 4) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |
| 5) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 6) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |
| 7) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | Indicare se servizio/struttura <input type="checkbox"/> pubblica (è sufficiente la presente autocertificazione) <input type="checkbox"/> convenzionata* <input type="checkbox"/> privata* <input type="checkbox"/> libero professionale* *allegare documentazione/certificazione | |

(Riservato alla Commissione)

| | |
|--------------|--|
| Totale punti | |
|--------------|--|

3. Attività professionale nella funzione di coordinamento o nella funzione specialistica formalmente riconosciuta, in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche (LM/SNT1), presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN (SOLO in quest'ultimo caso allegare lettera/documentazione di avvenuto incarico nella funzione indicante la data)

→ Puntì 1 per ciascun anno o frazione superiore ai sei mesi, fino a un massimo di 5 PUNTI

**PUNTI
(Riservato alla Commissione)**

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 1) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ Funzione coordinamento o specialistica svolta _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | SOLO se servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie convenzionati allegare lettera/documentazione di avvenuto incarico nella funzione indicante la data | |
|--|---|--|---|--|



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 2) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ Funzione coordinamento o specialistica svolta _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | SOLO se servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie convenzionati allegare lettera/documentazione di avvenuto incarico nella funzione indicante la data | |
| 3) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ Funzione coordinamento o specialistica svolta _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | SOLO se servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie convenzionati allegare lettera/documentazione di avvenuto incarico nella funzione indicante la data | |
| 4) Servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie (indicare la denominazione) _____ Funzione coordinamento o specialistica svolta _____ _____ | Da _____ a _____ (indicare gg/mm/aaaa) | Totale Anni _____ mesi _____ | SOLO se servizi/strutture sanitarie/socio-sanitarie convenzionati allegare lettera/documentazione di avvenuto incarico nella funzione indicante la data | |

**(Riservato alla
Commissione)**

Totale punti

| |
|--|
| |
|--|



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

4. Docenti e tutor delle discipline SSD MED/45-50, incaricati formalmente presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie

→ Puntì 0,50 per ciascun incarico/anno fino a un massimo di 5 PUNTI.

| | PUNTI (Riservato alla Commissione) |
|---|---|
| 1) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 2) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 3) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 4) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 5) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 6) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 7) Modulo di insegnamento (indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 8) Tutor Didattico o Tutor clinico (Indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| 9) Tutor Didattico o Tutor clinico (Indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

| | |
|--|---------------------------------|
| 10) Tutor Didattico o Tutor clinico (Indicare) _____ dall'anno accademico _____ all'anno accademico _____ Corso di laurea _____ sede _____ | |
| | (Riservato alla Commissione) |
| Totale punti | |

5. Attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche

→ fino ad un massimo di 3 PUNTI

(Riportare la referenza completa della/e pubblicazione/i, con indicazione della rivista; non è necessario allegare la/le pubblicazione/i)

| | PUNTI (Riservato alla Commissione) |
|--|---|
| 1. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |
| 2. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |
| 3. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |
| 4. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |
| 5. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |
| 6. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ | |



**CONCORSO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (Classe LM/SNT1)
ANNO ACCADEMICO 2023/2024**

| |
|--|
| 7. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ |
| 8. Pubblicazione: autore/i, titolo, nome rivista per esteso, anno, volume, pagine _____ |

| |
|--|
| |
| |

**(Riservato alla
Commissione)**

Totale punti

| |
|--|
| |
|--|

**PUNTEGGIO
FINALE**

| |
|--|
| |
|--|

Data, luogo

**Firma del
candidato/a**
