**Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche**

A.A. 2025/2026

Modulo di valutazione della carriera

|  |  |
| --- | --- |
| Io sottoscritto/a:Cognome: |  |
| Nome: |  |
| Data e luogo nascita: |  |
| Residente in Via/n. civico: |  |
| Città, CAP, Provincia: |  |
| Recapito telefonico: |  |
| Indirizzo e-mail: |  |
| Diploma di maturità:*(tipo, anno, istituto)* |  |

**CHIEDO**

di partecipare alla selezione per l’ammissione al corso di laurea magistrale in **Scienze Infermieristiche e Ostetriche** per l’anno accademico **2025/2026**.

A tal fine, valendomi delle disposizioni di cui alD.P.R. n. 445/2000, e consapevole, ex art. 76, che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici di cui all’art. 75 del D.P.R. sopra citato,

**DICHIARO, SOTTO LA MIA RESPONSABILITà[[1]](#footnote-1)**

 di essere in possesso dei **seguenti incarichi** per richiedere l’ammissione al corso di laurea in **deroga alla programmazione nazionale** prescindendo dall’espletamento della prova di ammissione, ai sensi dell’art. 2 del D.M. 605 dell’8 agosto 2025 in quanto:

|  |
| --- |
| Incarico di direzione di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, formalmente attribuita dall’Ente di appartenenza (strutture pubbliche e strutture convenzionate con il SSN) presso………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche conferito con atto formale e di data certa da almeno due anni alla data del 8 agosto e di allegare idonea autocertificazione |

 di essere in possesso del titolo di studio conseguito presso un Ateneo italiano richiesto dal bando per l’ammissione alla prova e autocertificato secondo le modalità di cui al paragrafo 4 dello stesso bando;

 di essere in possesso del titolo di studio conseguito all’estero e di aver caricato su [www.studenti.unibo.it](http://www.studenti.unibo.it) i documenti di studio di cui al paragrafo 4 relativi ai titoli conseguiti all’estero;

 di non essere ancora in possesso del titolo di studio necessario all’ammissione alla prova, d’impegnarsi a conseguirlo entro il termine perentorio del 31 dicembre 2025 e di autocertificare l’iscrizione al corso di studio presso un Ateneo italiano secondo le modalità di cui al paragrafo 4;

 di non essere ancora in possesso del titolo di studio necessario all’ammissione alla prova in quanto iscritto in un Ateneo straniero, d’impegnarsi a conseguirlo entro il termine perentorio del 31 dicembre 2025 e di aver caricato su [www.studenti.unibo.it](http://www.studenti.unibo.it) i documenti di studio di cui al paragrafo 4 relativi ai titoli conseguiti all’estero;

 di essere in possesso dei seguenti **titoli accademici e formativi** di durata **non inferiore a sei mesi** e di allegare idonea autocertificazione o certificazione nel caso di titoli non rilasciati dalla Pubblica Amministrazione[[2]](#footnote-2):

|  |
| --- |
| **Tipologia** |
| Titoli accademici o formativi di durata non inferiore **a sei mesi** |
| Titolo…………………………………………………….……….……………………………………………………………………Durata: …………………………………………………………… |
| Titolo…………………………………………………….……….……………………………………………………………………Durata: …………………………………………………………… |
|  |
|  |
| Titolo…………………………………………………….……….……………………………………………………………………Durata: …………………………………………………………… |

 di aver svolto/svolgere **Attività professionale** nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ATTIVITÀ PROFESSIONALE  | DAL - AL  | TOTALE MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ | ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA LA PROFESSIONE | TIPOLOGIA ENTE:A) PUBBLICOB) PRIVATOC) ACCREDITATOD) CONVENZIONATO |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |

 di aver svolto/svolgere le seguenti **Attività Professionali** 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 presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ATTIVITÀ PROFESSIONALE  | DAL - AL | TOT. MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ | ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA LA PROFESSIONE | TIPOLOGIA ENTE:A) PUBBLICO;B) PRIVATO;C) ACCREDITATO:D) CONVENZIONATO |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |
| ............................................................................................................................................................................ |  |  |  |  |

 di aver svolto/svolgere **Attività di Docente o Tutor** delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i corsi di laurea delle professioni sanitarie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ATTIVITÀ  | DAL - AL  | TOT. MESI O ANNI SVOLGIMENTO ATTIVITÀ | ENTE PRESSO IL QUALE È STATA SVOLTA L’ ATTIVITÀ | TIPOLOGIA ENTE:A) PUBBLICO;B) PRIVATO;C) ACCREDITATO:D) CONVENZIONATO |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Attività di Ricerca** documentata in pubblicazioni scientifiche |
| 1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

* **Allego documento di identità in corso di validità (fronte retro)**

 Lì…./……/…… Firma a mano

1. Barrare la casella che interessa [↑](#footnote-ref-1)
2. Barrare la casella che interessa [↑](#footnote-ref-2)