



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

MODULO F

## DOMANDA DI AMMISSIONE IN DEROGA ALLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE DEI POSTI E PRESCINDENDO DALL'ESPLETAMENTO DELLA PROVA DI AMMISSIONE A.A. 2020/2021

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Torino

**DI CHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

**Il/la sottoscritto/a**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

**valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445, consapevole, ex art. 76, che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato**

### **CHIEDE**

**di essere ammesso, per l'a.a. 2020/2021 al Corso di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie di seguito specificato, prescindendo dall'espletamento della prova concorsuale, e in deroga alla programmazione nazionale dei posti, in considerazione del fatto che il sottoscritto già svolge funzioni operative:**

- ☐ SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (CLASSE LM/SNT1)
- ☐ SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE (CLASSE LM/SNT3)
- ☐ SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (CLASSE LM/SNT2)
- ☐ SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE (CLASSE LM/SNT4)

**N. B. È possibile optare per un solo corso**

### **PERTANTO DI CHIARA SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE**

di essere (*specificare*):

- ☐ titolare dell'incarico ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, commi 1 e 2, da almeno due anni alla data del 12.06.2020;
- ☐ in possesso del titolo rilasciato dalle Scuole Dirette a Fini Speciali per Dirigenti e Docenti dell'Assistenza Infermieristica ai sensi del D.P.R. n. 162/1982 e titolare, da almeno due anni alla data del 12.06.2020 dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea in Infermieristica, attribuito con atto formale di data certa;
- ☐ titolare, con atto formale e di data certa da almeno due anni alla data del 12.06.2020 dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale di interesse.



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Dell'incarico più sopra specificato fornisce i seguenti dettagli:

Incarico di \_\_\_\_\_

attribuito per il servizio nella specifica area professionale, conferito da

sito in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

incarico svolto (indicare il periodo di almeno due anni alla data del 12.06.2020) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dichiara altresì i dati dell' Ente/ Amministrazione deputato alla conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000

Ufficio \_\_\_\_\_

Via/ Piazza \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ Titolo \_\_\_\_\_

Ed inoltre DICHIARA:

☐ di aver conseguito la seguente **laurea triennale** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse:

Università di \_\_\_\_\_

Laurea in \_\_\_\_\_

Facoltà/Dipartimento di \_\_\_\_\_

Anno conseguimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

☐ di aver conseguito il seguente **diploma universitario** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse:

Università di \_\_\_\_\_

Diploma universitario in \_\_\_\_\_

Facoltà di \_\_\_\_\_

Anno conseguimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

☐ di aver conseguito il seguente **titolo abilitante** all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, di cui alla legge n. 42/1999:

Sede \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

Conseguito in data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

**Dichiara infine quanto segue:**

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**RESIDENZA**

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**RECAPITO** (da compilare solo se diverso dalla residenza)

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**DIPLOMA DI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE DI DURATA QUINQUENNALE**

TIPO DI DIPLOMA \_\_\_\_\_

CONSEGUITO IN DATA \_\_\_\_\_ VOTO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ISTITUTO \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

☐ ANNO INTEGRATIVO

CONSEGUITO PRESSO L'ISTITUTO \_\_\_\_\_

Torino, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso

**AVVERTENZE**

I dati dichiarati costituiscono autocertificazione in applicazione del D.P.R. 445/2000. E' quindi necessario che il modulo sia compilato con la massima cura in ogni sua parte (in stampatello) e che i dati anagrafici siano quelli esattamente riportati sui documenti di identità personale. Qualora la presentazione della domanda di ammissione sia effettuata da persona diversa dal candidato, alla domanda deve essere allegata delega e fotocopia del documento del delegante.

Ricorda che, mentre per le dichiarazioni sostitutive di certificazioni è sufficiente una semplice sottoscrizione, le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà e/o la domanda che le contiene, devono essere **sottoscritte in presenza del dipendente addetto** a riceverle – previa identificazione del richiedente – oppure **trasmesse** (via posta, fax, posta elettronica certificata) **all'amministrazione competente allegando la fotocopia di un documento di identità.**