

ALLEGATO 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritt _____

COGNOME _____

NOME _____

COMUNE DI NASCITA _____

PROVINCIA _____ DATA DI NASCITA ____/____/____
(o STATO per coloro che sono nati all'estero)

DICHIARA

A) di essere in possesso del seguente titolo di studio abilitante all'esercizio della professione sanitaria corrispondente al corso di laurea magistrale prescelto (art. 2 del bando di concorso):

- ☐ **Diploma di laurea** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse (ex DM 209/99 e DM 270/04) conseguito presso l'Università di _____

in data _____;

- ☐ **Diploma universitario** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse conseguito presso l'Università di _____

in data _____;

- ☐ **Titolo abilitante** all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse di cui alla legge n.42/1999 in _____

rilasciato da _____

ovvero

- di essere "laureando" nel corso di laurea in _____ presso l'Università _____ con intenzione di laurearsi entro i termini previsti dal bando

B) di possedere i seguenti titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi:

1. _____

rilasciato da _____

conseguito in data _____

2. _____

rilasciato da _____

conseguito in data _____

3. _____

rilasciato da _____

conseguito in data _____

C) di aver svolto attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, idoneamente documentate e certificate, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione

1. presso _____

dal _____ al _____

2. presso _____

Dal _____ al _____

3. presso _____

dal _____ al _____

D) di aver svolto attività professionale nella funzione di coordinamento o nella funzione specialistica formalmente riconosciuta in 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

1. presso _____

dal _____ al _____

2. presso _____

dal _____ al _____

3. presso _____

dal _____ al _____

4. presso _____

dal _____ al _____

5. presso _____

dal _____ al _____

E) di aver svolto attività di Docenti e Tutor delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie

1. presso _____
dal _____ al _____

2. presso _____
dal _____ al _____

3. presso _____
dal _____ al _____

F) di aver svolto attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche

1. presso _____
dal _____ al _____

2. presso _____
dal _____ al _____

3. presso _____
dal _____ al _____

Il candidato si dichiara edotto circa:

1. le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;
2. le sanzioni disciplinari previste dall'ordinamento dell'Università degli Studi di Genova;
3. la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. 445/2000).

Genova, _____

Firma del dichiarante _____