

ATTENZIONE: Il solo invio di questa autocertificazione non costituisce iscrizione al concorso.

L'iscrizione al concorso deve essere effettuata, unicamente on line tramite il sito internet

www.unipi.it/studenti/concorsispecialistica, nella pagina dedicata a Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie.

ALLEGATO A

l sottoscritt_ (cognome) _____ (nome) _____ nat_ il
_____ a _____ (prov. _____) cittadinanza

in qualità di candidato al concorso di ammissione alla laurea magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie ai sensi del d.p.r. n. 445/00, dichiara:

A) di possedere il seguente TITOLO DI ACCESSO abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe della laurea magistrale di interesse:	PUNTI
<input type="checkbox"/> laurea triennale in _____ classe _____ conseguito/che prevede di conseguire presso l'Università di _____ in data _____	7
<input type="checkbox"/> diploma universitario in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____	6
<input type="checkbox"/> titolo di cui alla L. n. 42/1999 (compresi titoli rilasciati dalle Scuole dirette ai fini speciali) in _____ rilasciato da _____ in data _____ e <input type="checkbox"/> diploma di maturità in _____ conseguito presso l'Istituto _____ di _____ nell'anno scolastico _____ con la votazione _____/100 o _____/60	5

Nel caso in cui il candidato posseda più titoli abilitanti alla stessa professione, sarà preso in considerazione per la valutazione solo quello per il quale è previsto un maggiore punteggio.

B) dichiara di possedere i seguenti TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI, di durata non inferiore a sei mesi (0.50 punti per ciascun titolo)	MAX 5 PUNTI
laurea/laurea triennale/laurea magistrale (diversa da quella dichiarata ai fini dell'accesso) <input type="checkbox"/> in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____	0.5
<input type="checkbox"/> in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____	0.5
master <input type="checkbox"/> _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ durata (in mesi) _____	0.5
<input type="checkbox"/> _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____ durata (in mesi) _____	0.5
corso di specializzazione <input type="checkbox"/> _____ conseguito presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____	0.5
<input type="checkbox"/> _____ conseguito presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____	0.5
altri titoli accademici o formativi (ad es. corso di perfezionamento, contratto di ricerca incarico di professore a contratto, coordinatore di tirocinio di corso di laurea, ecc.) <input type="checkbox"/> _____ presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____ conferito/rilasciato da _____	0.5
<input type="checkbox"/> _____ presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____ conferito/rilasciato da _____	0.5
<input type="checkbox"/> _____ presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____ conferito/rilasciato da _____	0.5
<input type="checkbox"/> _____ presso _____ in data _____ durata (in mesi) _____ conferito/rilasciato da _____	0.5

<p>C) dichiara di aver svolto ATTIVITÀ PROFESSIONALI NELLA FUNZIONE APICALE O DI COORDINAMENTO in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe della laurea magistrale (1 punto per ciascun anno o frazione superiore a 6 mesi)</p>	<p>MAX 4 PUNTI</p>
<p><input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)</p>	<p>1</p>
<p><input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)</p>	<p>1</p>
<p><input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)</p>	<p>1</p>
<p><input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)</p>	<p>1</p>

Saranno accettate autocertificazioni dell'attività professionale solo se potranno essere individuati qualifica, categoria, periodo, provvedimenti di attribuzione degli incarichi.
I periodi di lavoro indicati saranno considerati una sola volta a prescindere dalla pluralità di attività professionali in essi svolte.

D) di aver svolto ATTIVITÀ PROFESSIONALI nell'esercizio di in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe della laurea magistrale (0.50 punti per ciascun anno o frazione superiore a 6 mesi)	MAX 4 PUNTI
<input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ A tempo pieno <input type="checkbox"/> a tempo parziale <input type="checkbox"/> percentuale dal al _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)	0.5
<input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)	0.5
<input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)	0.5
<input type="checkbox"/> presso _____ con la qualifica di _____ appartenente alla categoria _____ dal _____ al _____ attribuito da _____ (estremi provvedimento _____)	0.5

Saranno accettate autocertificazioni dell'attività professionale solo se potranno essere individuati qualifica, categoria, periodo, provvedimenti di attribuzione degli incarichi.
I periodi di lavoro indicati vengono considerati una sola volta a prescindere dalla pluralità di attività professionali in essi svolte.

ATTENZIONE!

Firmare e spedire ENTRO IL 30 SETTEMBRE 2020

- a mezzo pec all'indirizzo protocollo@pec.unipi.it
oppure

- a mezzo raccomandata a/r a:
Segreteria Studenti
Concorso di ammissione laurea magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni sanitarie
Largo Bruno Pontecorvo 3
56127 PISA

Allegare:

1. **fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità**

Data _____

Firma

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento valido

L'Università di Pisa procederà a un controllo sul contenuto delle dichiarazioni così espresse. Le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia e l'autore pertanto sarà denunciato all'Autorità Giudiziaria. L'interessato decadrà inoltre dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Trattamento dati personali: ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati", i dati personali raccolti dall'Università di Pisa, titolare del trattamento, saranno utilizzati per le sole finalità istituzionali, nel rispetto delle disposizioni vigenti.