

**SELEZIONE PER L'AMMISSIONE AL PRIMO ANNO DEL  
CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE  
A.A. 2009\_2010**

*L'allegato è stato redatto sulla base delle disposizioni contenute nel D.M. 16 luglio 2009*

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi del Molise  
Via F. de Sanctis snc  
86100 Campobasso

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
*Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)* *Nome*

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ai fini della partecipazione alla prova di selezione per l'ammissione di n. 20 studenti al primo anno del Corso di Laurea Specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione - per l'a.a. 2009\_2010

**ALLEGA**

- ✓ idonea documentazione attestante il possesso dei titoli e delle attività professionali svolte, resa secondo le modalità di cui all'art. 5 del bando;

**e DICHIARA**

**ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

**(a) di essere in possesso dei seguenti titoli e ne chiede la valutazione:**

- I)** indicare con una X uno dei titoli del seguente elenco (**i titoli non sono cumulabili**) specificando, pena l'esclusione dal concorso, la denominazione del titolo conseguito che si intende utilizzare per l'accesso.

	<b>diploma di laurea triennale in:</b>	punti 7
	(abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione)	

	<b>diploma universitario in:</b>	punti 6
	(abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione)	

	<b>titoli abilitanti in:</b>	punti 5
	(all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, di cui alla Legge n. 42/1999)	

Allo scopo allega la seguente documentazione:

Certificato di:	Rilasciato il:	dall' Università di:

**oppure**

Dichiarazione sostitutiva attestante:
---------------------------------------

CdLS in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione  
**ALLEGATO 2A) – PER I CANDIDATI CHE DEVONO SOSTENERE LA PROVA**

ALLEGATO 2A) AL DR \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

--

**oppure**

Certificato di servizio rilasciato in data:	dall'Ente:

**(b)**

- di aver acquisito almeno 155 cfu alla data odierna;
- di conseguire, presso l'Università degli Studi del Molise, il

<b>diploma di laurea triennale in</b>	punti 7
(abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione)	

e ne chiede la relativa valutazione.

***\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ è consapevole che la propria ammissione alla selezione avviene con riserva e che la stessa sarà sciolta positivamente all'atto del conseguimento formale della laurea a seguito della discussione della tesi nella seduta di laurea fissata per il mese di novembre 2009.***

\*\*

Chiede inoltre la valutazione dei seguenti titoli

**II)**

	altri titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi	punti 0,50 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 5
	Attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, idoneamente documentate e certificate	Punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4
	Attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, idoneamente documentate e certificate	Punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 2

Allo scopo allega la seguente documentazione:

Certificato di:	Rilasciato il:	dall' Università di

**oppure**

Dichiarazione sostitutiva attestante:

Allega la documentazione attestante il possesso dei seguenti titoli accademici o formativi

n. 1
n. 2
n. 3
n. 4
n. 5

CdLS in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione  
**ALLEGATO 2A) – PER I CANDIDATI CHE DEVONO SOSTENERE LA PROVA**

ALLEGATO 2A) AL DR \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**III)**

attività professionali nella funzione apicale di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, idoneamente documentate e certificate *	punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a 6 mesi, fino ad un massimo di punti 4
--	---

Allega gli attestati relativi alle seguenti attività professionali nella funzione apicale

n. 1
n. 2
n. 3
n. 4
n. 5

**IV)**

attività professionali nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della prevenzione, idoneamente documentate e certificate *	punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a 6 mesi, fino ad un massimo di punti 4
--	--

Allega gli attestati relativi alle seguenti attività professionali

n. 1
n. 2
n. 3
n. 4
n. 5

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere a conoscenza che, in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e perde il diritto a qualsiasi forma di intervento per tutta la durata del corso di studi, salva in ogni caso, l'applicazione delle norme penali per i fatti costituenti reato.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di dati personali"**

I dati forniti dall'interessato sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi del Molise.

All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del suddetto decreto legislativo.

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara di essere a conoscenza del fatto che in caso di esito positivo della prova e di conseguente ammissione al primo anno del Corso di Laurea Specialistica sarà tenuto a regolarizzare la propria immatricolazione secondo le modalità ed i termini indicati nel Bando di selezione e nel provvedimento rettorale di approvazione delle graduatorie.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo Data

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile

\* Ai sensi dell'art. 5 del Bando di selezione "Modalità di certificazione dei titoli ammessi a valutazione, l'assolvimento di tale obbligo deve essere certificato da idonea documentazione, unita alla domanda, oppure, ai sensi degli artt. 38 e 47 del dpr 445/2000 da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che deve essere sottoscritta personalmente dall'interessato in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione, ovvero può essere consegnata da terzi all'uopo delegati ed identificati unitamente a fotocopia non autenticata di un valido documento di identità personale del candidato.

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende presentare; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.