



TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA

**Corso di Laurea Magistrale in
Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche
Diagnostiche**

Presidente: Prof. Guglielmo MANENTI

DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA

*Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di
Roma Tor Vergata*

Il/La _____ sottoscritto/a _____

Nato/a __a _____ Provincia (___)

Residente in _____ Provincia (___) via/piazza _____ n° ____ Codice
fiscale _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 75 DPR n. 445/2000 per false
attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE

- che i titoli presentati e autocertificati saranno oggetto di verifica da parte dell'Università.
- che qualora risultassi idoneo al test di ammissione non potrò procedere all'immatricolazione fino all'eventuale verifica da parte dell'Ateneo della veridicità di quanto dichiarato.

In Fede

Roma lì, _____

PROSSIMO CONSEGUIMENTO TITOLO ABILITANTE

*Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi
di Roma Tor Vergata*

Il/La _____ sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia (____)

Residente a _____ via/piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Non essendo ancora in possesso del titolo di Laurea triennale in

_____ e consapevole delle responsabilità e delle sanzioni

penalipreviste dall'art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di essere iscritta/o all'Università degli Studi di _____
- di essere iscritta/o al 3° anno di Corso di Laurea Triennale in _____
- di dover sostenere la discussione finale di tesi e la prova di abilitazione all'esercizio professionale nella sessione di
novembre del corrente A.A. prevista nei giorni _____

A tal fine allega il certificato in carta semplice degli esami sostenuti con votazione.

INOLTRE

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che qualora risultasse vincitrice/tore della prova di selezione, verrà ammessa/o con riserva e di dover presentare il certificato di Laurea il mese di dicembre.

In Fede

Roma il, _____

TITOLO DI STUDIO, TITOLO PROFESSIONALE, TITOLI ACCADEMICI

*Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di
Roma Tor Vergata*

LI/La _____ sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia (____)

Residente in _____ Provincia (____) via/piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci.

DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DI

(Si prega di barrare esclusivamente le caselle interessate)

➤ **Diploma di Maturità quinquennale in _____**

conseguita presso _____ nell'anno _____

☐ Presentato*

☐ Autocertificato

** solo in caso di candidati NON in possesso di titoli accademici*

➤ **Titolo professionale di accesso in _____**

☐ Presentato

☐ Autocertificato

- Diploma laurea triennale abilitante conseguita presso _____ nell'anno _____
- Diploma universitario abilitante conseguito presso _____ nell'anno _____
- Titolo professionale abilitante equipollente legge 42/99 conseguito presso _____ nell'anno _____
- Consegue la laurea triennale nella sessione di novembre **(compilare autodichiarazione allegata);**

➤ **Di essere in possesso dei seguenti titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi**

1. _____ conseguito presso _____ nell'anno _____

☐ Presentato

☐ Autocertificato

2. _____ conseguito presso _____ nell'anno _____

☐ Presentato

☐ Autocertificato

3. _____ conseguito presso _____ nell'anno _____

☐ Presentato

☐ Autocertificato

In Fede

Roma li, _____

DOCENZE E TUTORAGGI

Al Magnifico Rettore
dell'Università degli studi di
Roma Tor Vergata

Il/la _____ sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia (____)

Residente in _____ Provincia (____) via/piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 75 DPR n. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci

DICHIARA DI AVERE SVOLTO

(Si prega di barrare esclusivamente le caselle interessate)

➤ Docenze/Tutoraggi nelle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie

1.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
2.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
3.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
4.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
5.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
6.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
7.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
8.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ Autocertificato	Anno _____
9.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____
10.	Docente <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Ateneo _____ <input type="checkbox"/> Presentato	CdL _____ <input type="checkbox"/> Autocertificato	Anno _____

NB. L'attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche non si può autocertificare, ma occorre presentare in allegato il pdf dell'articolo.

In Fede

Roma li, _____

AUTOCERTIFICAZIONE ATTIVITA' LAVORATIVA

(Art. 46 – lettera b – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La _____ Sottoscritto/a _____ nato/a _____
a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____ residente a _____
Prov. _____ in via _____ n° _____ C.F. _____,
tel. _____ E-mail _____ consapevole che:

- chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000;
- non potranno essere prese in considerazione autocertificazioni non contenenti tutti i dati richiesti dal bando per l'ammissione al Corso di Laurea Magistrale in _____, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

DICHIARA

1. di essere attualmente dipendente della Struttura: _____ dal ____ / ____ / ____
Indirizzo Sede Amministrativa: Via _____ n° _____ C.A.P. _____

Città: _____ Prov. _____; Referente: Dott. _____;
Tel. _____ Indirizzo e-mail ufficio del personale: _____

➤ **Con la qualifica di:**

- DIRIGENTE
- COORDINATORE
- Nel profilo professionale di _____

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

☒ 36 ☐ <30 ☐ <20 ☐ <10

2. di essere stato dipendente della Struttura: _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
Indirizzo Sede Amministrativa: Via _____ n° _____ C.A.P. _____

Città: _____ Prov. _____; Referente: Dott. _____;
Tel. _____ Indirizzo e-mail ufficio del personale: _____

➤ **Con la qualifica di:**

- DIRIGENTE
- COORDINATORE
- Nel profilo professionale di _____

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

☒ 36 ☐ <30 ☐ <20 ☐ <10

3. di essere stato dipendente della Struttura: _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
Indirizzo Sede Amministrativa: Via _____ n° _____ C.A.P. _____

Città: _____ Prov. _____; Referente: Dott. _____;
Tel. _____ Indirizzo e-mail ufficio del personale: _____

➤ **Con la qualifica di:**

- DIRIGENTE
- COORDINATORE
- Nel profilo professionale di _____

➤ **Tipologia di contratto:**

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART-TIME
- LIBERO PROFESSIONISTA

➤ **Ore settimanali previste:**

☒ 36 ☐ <30 ☐ <20 ☐ <10

Data e luogo, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
(allegare copia del documento d'identità sottoscritto in originale)