

**ALLEGATO B – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI  
TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI PER L'AMMISSIONE IN DEROGA**

resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_, ha presentato per l'a.a. **2020/2021** la domanda  
per **l'ammissione in deroga** alla programmazione nazionale dei posti al corso di laurea magistrale in  
\_\_\_\_\_.

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali  
in materia e che decadrà dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere,  
secondo quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

di essere in possesso del titolo indicato nella seguente scheda:

**REQUISITO DI BASE**  
(barrare la voce che interessa)

- LAUREA ABILITANTE**
- DIPLOMA UNIVERSITARIO ABILITANTE**
- TITOLO PROFESSIONALE ABILITANTE DI CUI ALLA LEGGE N. 42/99**

Titolo di \_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_ a.a. \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

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

Ufficio \_\_\_\_\_

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

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

Scheda A

**ALLEGATO B – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI  
TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI PER L'AMMISSIONE IN DEROGA**

resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**ULTERIORI TITOLI**

**Solo per il CLM in Scienze infermieristiche e ostetriche**

**Scheda E**

**Diploma di Scuola diretta a fini speciali in Assistenza infermieristica (DAI) di cui al DPR n. 162/82**

conseguito in data \_\_\_\_\_ a.a. \_\_\_\_\_ con votazione di \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

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

Ufficio \_\_\_\_\_

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

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

**INCARICO DI DIRIGENTE** conferito ai sensi e per gli effetti

dell'art.7 della L. n. 251/2000, commi 1 e 2, da almeno due anni alla data del D.M. MUR 12.6.2020 n. 213

**B1**

Incarico di dirigente attribuito per il servizio nella specifica area professionale, conferito dall'Azienda Sanitaria di

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

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

incarico svolto (indicare il periodo di almeno due anni alla data del 15.7.2013) 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 \_\_\_\_\_

**ALLEGATO B – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DEI  
TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI PER L'AMMISSIONE IN DEROGA**

resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

**Titolo di Dirigenti e Docenti dell'Assistenza Infermieristica conseguito presso le Scuole Dirette a fini speciali, ai sensi del D.P.R. n. 162/82 e conferimento, da almeno due anni alla data del D.M. MUR 12.6.2020 n. 213, dell'incarico di direttore o di coordinatore dei corsi di laurea infermieristica, attribuito con atto formale di data certa.**

|           |   |
|-----------|---|
| <b>B2</b> | Incarico di Direttore/Coordinatore del cdl in Infermieristica, conferito dall'Università di _____<br>_____        |
|           | sita in via _____ n. _____ città _____<br>cap _____ provincia _____   |
|           | incarico svolto ( <i>indicare il periodo di almeno due anni alla data del 15.7.2013</i> ) dal _____ al _____      |
|           | <b>Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla<br/>conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000</b> |
|           | Ufficio _____   |
|           | Via/Piazza _____<br>città _____ cap _____ provincia _____   |

**INCARICO DI DIRETTORE O DI COORDINATORE**

di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale d'interesse  
attribuito con atto formale di data certa da almeno due anni alla data del D.M. MUR 12.6.2020 n. 213

|           |   |
|-----------|---|
| <b>B3</b> | Incarico conferito di Direttore/Coordinatore del cdl in _____<br>_____  |
|           | conferito dall'Università di _____  |
|           | sita in via _____ n. _____ città _____<br>cap _____ provincia _____   |
|           | incarico svolto ( <i>indicare il periodo di almeno due anni alla data del 15.7.2013</i> ) dal _____ al _____      |
|           | <b>Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla<br/>conferma ex art. 71 del DPR n.445/2000</b> |
|           | Ufficio _____<br>Via/Piazza _____<br>città _____ cap _____ provincia _____  |

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_