

**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.

B2	Incarico di Direttore/Coordinatore del cdl in Infermieristica, conferito dall'Università 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 _____

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

B3	Incarico conferito di Direttore/Coordinatore del cdl in _____ _____
	conferito dall'Università 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 _____

Luogo e data, _____

Firma del dichiarante _____