



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie - classe
LM/SNT2
a.a. 2026/2027

allegato F

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

__ I __ sottoscritt __

nat __ a __ Prov. __ il __

avendo presentato domanda di ammissione alla selezione per l'accesso al Corso di Laurea Magistrale
Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (classe LM/SNT2)

dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli valutabili (art. 5 del bando):

- titoli accademici o formativi di durata non inferiore a sei mesi (specificare dettagliatamente tipologia e durata):

1. Tipologia e denominazione del titolo: _____

conseguito presso _____

in data _____ durata del percorso di studio _____

2. Tipologia e denominazione del titolo: _____

conseguito presso _____

in data _____ durata del percorso di studio _____

3. Tipologia e denominazione del titolo: _____

conseguito presso _____

in data _____ durata del percorso di studio _____

4. Tipologia e denominazione del titolo: _____

conseguito presso _____

in data _____ durata del percorso di studio _____

5. Tipologia e denominazione del titolo: _____

conseguito presso _____

in data _____ durata del percorso di studio _____

-
- attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe LM/SNT2 presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione:

1. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

2. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

3. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

4. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

5. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

6. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

7. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

8. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

9. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

10. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

-
- attività professionale **nella funzione di coordinamento o nella funzione specialistica** formalmente riconosciuta in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe LM/SNT2 presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN

1. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

2. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

3. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

4. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

5. attività: _____
svolta presso _____

dal _____ al _____

-
- incarichi di docente e tutor delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie:

1. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

2. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

3. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

4. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

5. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

6. incarico di _____
conferito da _____

- dell'Università degli Studi di _____ in data _____
7. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____
8. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____
9. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____
10. incarico di _____
conferito da _____
dell'Università degli Studi di _____ in data _____

-
- dichiara di aver svolto l'attività di ricerca documentata nelle seguenti pubblicazioni scientifiche:

1. Autore/i _____
Titolo pubblicazione _____
Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____
Tipologia _____ Nome rivista _____
Editore _____ Sede Editore _____
DOI Digital Object Identifier (DOI) _____
2. Autore/i _____
Titolo pubblicazione _____
Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____
Tipologia _____ Nome rivista _____
Editore _____ Sede Editore _____
DOI Digital Object Identifier (DOI) _____
3. Autore/i _____
Titolo pubblicazione _____
Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____
Tipologia _____ Nome rivista _____
Editore _____ Sede Editore _____
DOI Digital Object Identifier (DOI) _____
4. Autore/i _____
Titolo pubblicazione _____
Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____
Tipologia _____ Nome rivista _____
Editore _____ Sede Editore _____
DOI Digital Object Identifier (DOI) _____
5. Autore/i _____
Titolo pubblicazione _____
Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____
Tipologia _____ Nome rivista _____
Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

6. Autore/i _____

Titolo pubblicazione _____

Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____

Tipologia _____ Nome rivista _____

Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

7. Autore/i _____

Titolo pubblicazione _____

Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____

Tipologia _____ Nome rivista _____

Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

8. Autore/i _____

Titolo pubblicazione _____

Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____

Tipologia _____ Nome rivista _____

Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

9. Autore/i _____

Titolo pubblicazione _____

Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____

Tipologia _____ Nome rivista _____

Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

10. Autore/i _____

Titolo pubblicazione _____

Data _____ numero pagine _____ codice ISBN/ISSN _____

Tipologia _____ Nome rivista _____

Editore _____ Sede Editore _____

DOI Digital Object Identifier (DOI) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, salva in ogni caso l'applicazione delle norme penali per i fatti costituenti reato (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000).

Data

Firma autografa