

AII. B



Università degli Studi “G. d’Annunzio”
CHIETI-PESCARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(da trasmettere in PDF mediante procedura on line)

MASTER UNIVERSITARIO DI I LIVELLO IN
“INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA, COMUNITÀ E WELFARE TERRITORIALE” - A.A. 2023/2024

Al Magnifico Rettore
Dell’Università degli Studi
“G. D’Annunzio” di **Chieti – Pescara**

Il/la sottoscritto/a

Cognome Nome nato/a a
..... (Prov.) il... ..
Codice fiscale cittadinanza
Nazione (solo in caso di aspiranti stranieri).....
residente a..... Prov.
via n. cap
domicilio (indicare solo se diverso dalla residenza)
..... Prov.
via n. cap
tel. cell.
e-mail (per corrispondenza)

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dal beneficio eventualmente conseguito per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75, 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

al fine di essere ammesso, per l’A.A. 2023/2024, al

MASTER UNIVERSITARIO ANNUALE DI I LIVELLO IN
“INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA, COMUNITÀ E WELFARE TERRITORIALE”

D I C H I A R A¹
sotto la propria responsabilità
(ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

- di essere a conoscenza di tutte le norme contenute nel bando di ammissione;
- di essere a conoscenza che la presentazione della domanda di ammissione on-line non lo esonera, qualora acquisisca il diritto all’iscrizione, dalla formalizzazione della immatricolazione nei termini prescritti;

¹ Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione (ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni) del titolo posseduto quale requisito di ammissione e dei titoli valutabili.

– di essere in possesso di:

diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale in.....

(informazione obbligatoria)

.....
conseguito nell'anno scolastico.....con votazione/100 oppure con
votazione...../60 presso l'Istituto/Liceo.....
.....
sito nel comune diProv.....
Cap.....Via.....N.....

Diploma o attestato di
**conseguito in base alla precedente normativa abilitante all'esercizio della
professione, equipollente ai sensi del D.M. 27 luglio 2000** in data
presso
con la votazione finale di sito nel comune
..... prov. cap
Via N.

laurea triennale ex D.M. 509/99 - classe in
.....
conseguita in data presso l'Università degli Studi di
.....
con la votazione finale di
titolo della tesi di laurea
.....

laurea di primo livello ai sensi del D.M. 270/04 - classe in
.....
conseguita in data presso l'Università degli Studi di
.....
con la votazione finale di
titolo della tesi di laurea
.....

iscrizione all'ordine delle professioni sanitarie di
..... della provincia di
al numero..... dalla data del

Solo per i possessori di titolo di studio conseguito all'estero

D I C H I A R A²
sotto la propria responsabilità
(ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

.....
(specificare la denominazione)

della durata di anni..... conseguito in data
presso.....
città/nazione.....

- di essere a conoscenza che deve essere consegnata personalmente, dalle ore 11:00 alle ore 13:00 (dal lunedì al venerdì) o trasmessa a mezzo posta raccomandata a.r., entro e non oltre la scadenza indicata dal Bando di ammissione, all'Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara – Settore Corsi Post Lauream – palazzina Rettorato – III Livello - Campus Universitario – Via dei Vestini – 66100 Chieti Scalo (CH), la seguente documentazione:

- a. originale (o copia autenticata) del titolo di studio conseguito all'estero munito di traduzione ufficiale in lingua italiana e corredato dagli attestati di Comparabilità e di Verifica rilasciati da CIMEA. In sostituzione degli Attestati di Comparabilità e di Verifica è possibile presentare la Dichiarazione di Valore rilasciata dalla Rappresentanza Diplomatica Consolare italiana competente per territorio. In tal caso, il titolo di studio presentato deve essere legalizzato a cura della medesima Autorità o munito di Apostille. Da tale documentazione dovrà risultare che il titolo di studio posseduto è equiparabile per livello, natura, contenuto e diritti accademici (accesso ad ulteriori corsi), al titolo accademico italiano richiesto per l'accesso;
- b. originale (o copia autenticata) del Diploma di Laurea corredato di originale del Diploma Supplement, entrambi tradotti e legalizzati (*in caso di titoli conseguiti nei Paesi della Comunità Europea*);
- c. originale (o copia autenticata) del decreto di riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio della professione rilasciato dal Ministero competente;
 - *per i residenti all'estero originale (o copia autenticata) del decreto di riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio della professione nel paese di provenienza rilasciata dall'autorità competente, tradotta e legalizzata;*
- d. documentazione in copia attestante l'iscrizione all'Ordine delle professioni infermieristiche italiano;
 - *per i residenti all'estero documentazione in originale o in copia autentica attestante l'iscrizione all'Ordine Professionale nel paese di provenienza, tradotta e legalizzata;*
- e. copia del codice fiscale rilasciato in Italia;
- f. lettera di trasmissione della suddetta documentazione debitamente firmata e datata, indirizzata al Magnifico Rettore – Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

² Le dichiarazioni di cui al presente modulo, se correttamente rese, hanno valore di autocertificazione (ai sensi del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni) del titolo posseduto quale requisito di ammissione e dei titoli valutabili.

Solo per i candidati con contestuale iscrizione ad altro corso di studio universitario

D I C H I A R A
sotto la propria responsabilità
(ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

- di essere iscritto per l'A.A. presso l'Università di.....
.....
al
.....
che ha avuto inizio in data....., terminerà in data..... e che:
- NON PREVEDE L'OBBLIGO DI FREQUENZA
 - PREVEDE L'OBBLIGO DI FREQUENZA e pertanto qualora acquisisca il diritto all'immatricolazione, - prima di effettuare la procedura di immatricolazione al Master – sarà tenuto a presentare copia della richiesta di sospensione della frequenza al suddetto corso per tutta la durata del Master³.

Solo per i candidati che possono beneficiare di forme di tutela del diritto allo studio

D I C H I A R A
sotto la propria responsabilità
(ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

- di essere candidato con disabilità/riconoscimento di handicap ai sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104;
- di essere candidato con un'invalidità pari o superiore al 66%.

N.B.

Copia della certificazione rilasciata dagli Enti competenti che attesti la condizione di handicap e/o la percentuale di invalidità dovrà essere inserita nella procedura di immatricolazione.

Tutte le informazioni relative al Corso saranno rese note con avviso reso pubblico sul sito internet www.unich.it, alla sezione Albo Pretorio On-Line e al link <https://www.unich.it/didattica/post-lauream/master>. Tale pubblicazione sostituisce tutte le forme di comunicazione scritta alla residenza o domicilio degli aventi diritto. Il partecipante dichiara di impegnarsi ad assumere ogni informazione utile allo svolgimento del Corso stesso, esonerando l'Università per tutti gli aspetti connessi con la omessa o parziale conoscenza di tali informazioni per qualunque titolo, ragione o causa.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o recapito.

³ N.B. La candidata/il candidato viene ammesso con riserva, in attesa che venga consegnata al Settore Corsi Post Lauream la ricevuta rilasciata dall'Ateneo di provenienza o autocertificazione di avvenuta sospensione degli studi.

SI ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità personale in corso di validità (carta di identità o passaporto, comprensivi del numero di documento, data e luogo del rilascio).

N.B. la modulistica incompleta non verrà accettata.

.....
(luogo e data)

.....
(Il/La dichiarante)

PRESA VISIONE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a
dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Regolamento (UE) – GDPR - 2016/679 del 27 aprile 2016 e delle Linee Guida CODAU in materia di privacy e protezione dei dati personali in ambito universitario adottate e fatte proprie dall'Ateneo con delibera del Consiglio di Amministrazione n. 119/2018 Prot. n. 26014 e del D.Lgs. n. 101 del 10/08/2018, recante Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento EU 679/2016 (GDPR), reperibili sul Portale di Ateneo all'indirizzo www.unich.it/privacy

Firma leggibile.....

..... li
(luogo e data)