



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

**MASTER UNIVERSITARIO ANNUALE DI I LIVELLO IN
"MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI
SANITARIE" - A.A. 2023/2024**

(da trasmettere in PDF mediante procedura on line)

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 "MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI
COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE"**

**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;

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 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.
- di essere in possesso di:
 - diploma di scuola secondaria di secondo grado di durata quinquennale** in.....
(informazione obbligatoria)

 conseguito in data..... nell'anno scolastico.....
 presso l'Istituto/Liceo.....
 con sede a (.....)
 c.a.p.....in via.....
 con la votazione finale di
 - Diploma o attestato conseguito in base agli ordinamenti previgenti al D.M. 509/99**
 (equipollente ed abilitante all'esercizio delle professioni ai sensi dell'art. 4 comma 1 della Legge 26 febbraio 1999 n. 42)
 conseguito/a in data.....presso
 - diploma di scuola media superiore** in.....

 della durata di anni conseguito nell'anno scolastico..... con votazione/100 oppure con votazione.../60
 presso l'Istituto/Liceo.....
 sito nel comune diProv.....
 Cap.....Via.....N.....
 - corso integrativo** nell'anno scolastico..... superato presso l'Istituto/Liceo.....
 sito nel Comune diProv.....
 Cap.....Via/Piazza.....N.....
 - laurea abilitante all'esercizio delle professioni sanitarie di cui al Decreto Interministeriale 2 aprile 2001** - classe in
 conseguito/a in data
 presso l'Università degli Studi di
 - laurea triennale ex D.M. 509/99** **laurea primo livello ex D.M. 270/04** - classe
 inconseguito/a
 in data.....

presso l'Università degli Studi di
con la votazione finale di
titolo della tesi di laurea

laurea specialistica 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 magistrale ex 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

titolo post universitario (Master/Specializzazione /Perfezionamento/ Dottorato)
denominazione
.....
conseguita in data.....A.A. /.....con la votazione di
presso l'Università degli Studi di.....

iscrizione all'ordine professionale di
..... della provincia di
al numero..... dalla data del

Altro.....
.....
.....

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)

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.

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

- per il quale fa richiesta di valutazione, ai soli fini di ammissione al Corso
- già dichiarato equipollente al Diploma di Laurea italiano con Decreto Rettorale dell'Università di di cui si allega copia.
- di essere a conoscenza che deve essere trasmessa, entro e non oltre la scadenza indicata dal Bando di ammissione, personalmente dalle ore 11.00 alle ore 13.00 presso il Settore Corsi Post Lauream (TFA-PAS/Master/Corsi Perfezionamento/Formazione/Aggiornamento) ubicato presso la palazzina del Rettorato – III Livello - Via dei Vestini – 66100 Chieti Scalo (CH) – o trasmessa a mezzo posta raccomandata A.R. Al Magnifico Rettore – Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara – Via dei Vestini 31 - 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 del Diploma Supplement, entrambi tradotti e legalizzati (*in caso di titoli conseguiti nei Paesi della Comunità Europea*);
 - c. originale (o copia autenticata) del decreto del Ministero della Salute di autorizzazione all'esercizio della professione in Italia;
 - *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, tradotto e legalizzato;*
 - d. copia della documentazione attestante l'iscrizione al relativo Ordine Professionale Italiano;
 - *per i residenti all'estero documentazione in originale o in copia autenticata 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.

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

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

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

Tutte le informazioni relative al Corso di interesse saranno rese note con avviso reso pubblico sul sito internet www.unich.it, alla sezione Albo Pretorio On-Line e ai link:

<http://www.unich.it/didattica/post-lauream/master>.

Tale pubblicazione sostituisce tutte le forme di comunicazione scritta al 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.

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

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.

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)