

**Domanda per l'ammissione diretta all'immatricolazione
ai Corsi di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie**

(da compilare in stampatello)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____
CAP _____ indirizzo _____ N. _____ Co
dice Fiscale _____ Tel / Cell _____
Posta elettronica _____

consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci e la formazione o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000 n.445,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi dell'art. 2, comma 2, del Decreto Ministeriale 20 giugno 2022, n. 566, di essere in una delle seguenti posizioni (barrare le voci che interessano):

- ricopre una funzione di direzione di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, formalmente attribuita dall'Ente di appartenenza (strutture pubbliche e strutture convenzionate con il SSN);
- è titolare, con atto formale e di data certa da almeno due anni alla data del 20 giugno 2022, dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella laurea magistrale di interesse.

CHIEDE

di essere ammesso/a al **Corso di laurea magistrale** in:

- Scienze Infermieristiche ed Ostetriche LM/SNT 1**
 Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie LM/SNT 2
 Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche LM/SNT 3

L'__stess__ dichiara di accettare, senza alcuna riserva, di tutte le disposizioni contenute nel bando di ammissione per l'A.A. 2022/2023.

_____, li _____

Firma del candidato