



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CONCORSO DI
AMMISSIONE A.A. 2023-2024**

Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Torino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ E DI CERTIFICAZIONE
(Artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____

NOME _____

CHIEDE

di partecipare, in base al titolo per l'accesso relativo alla classe di Laurea posseduto, per l'a.a. 2023-2024 alla prova per l'ammissione al Corso di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie di seguito specificato:

SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE (CLASSE LM/SNT1) SEDE TORINO/ASTI

SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (CLASSE LM/SNT2)

SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE (CLASSE LM/SNT3)

SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE (CLASSE LM/SNT4)

N.B. È possibile optare per un solo corso. Per la Classe LM/SNT1 l'ordine di preferenza tra le sedi deve essere specificato in fase di preiscrizione online al concorso.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, **dichiara** quanto segue:

COMUNE DI NASCITA _____

PROVINCIA _____ DATA DI NASCITA _____

(o Stato per coloro che sono nati all'estero)

CITTADINANZA _____

CODICE FISCALE _____



RESIDENZA

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ STATO _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

RECAPITO ELETTO AI FINI DEL CONCORSO

(da compilare solo se diverso dalla residenza)

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

COMUNE _____ PROVINCIA _____ STATO _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

**DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE
TITOLO DI SCUOLA SECONDARIA SUPERIORE DI DURATA QUINQUENNALE**

TIPO DI DIPLOMA _____

CONSEGUITO IN DATA _____ VOTO _____ / _____

ISTITUTO _____

VIA _____ C.A.P. _____

CITTA' _____ PROV. _____ STATO _____

ANNO INTEGRATIVO CONSEGUITO NELL'ANNO _____

PRESSO L'ISTITUTO _____

DICHIARA INOLTRE:

di aver conseguito la seguente **laurea triennale** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse:

Università di _____

Laurea in _____

Classe _____ Data conseguimento _____ Voto _____ / _____



di aver conseguito il seguente **diploma universitario** abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse:

Università di _____

Diploma universitario in _____

Data conseguimento _____ Voto _____ / _____

di aver conseguito il seguente **titolo abilitante** all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, di cui alla legge n. 42/1999:

Sede _____

Titolo _____

Data conseguimento _____ Voto _____ / _____

ovvero

di essere iscritto nell'a.a. 2022-2023 al corso di laurea delle professioni sanitarie in

_____ presso l'Università di

con esame di laurea previsto nella prima sessione dell'a.a. 2022-2023.

Professioni sanitarie ricomprese nelle classi di laurea magistrale (DM 08/01/2009 All. A):

- CLASSE LM/SNT1 SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE: infermiere, ostetrica/o, infermiere pediatrico.
- CLASSE LM/SNT2 SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista - assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapista occupazionale, educatore professionale.
- CLASSE LM/SNT3 SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE area tecnico-diagnostica: tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia biomedica, tecnico di neurofisiopatologia.
- CLASSE LM/SNT4 SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE: tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario.

Dichiara altresì i dati dell'Ente/Amministrazione deputato alla conferma ex art. 71 del D.P.R. n. 445/2000

Ufficio _____

via _____ n. _____

città _____ cap _____ provincia _____



E ALLEGA (OLTRE AL MODULO A)

MOD. B
MOD. C
MOD. D
MOD. E
MOD. F

Torino, _____

Firma per esteso

AVVERTENZE

I dati dichiarati costituiscono autocertificazione in applicazione del D.P.R. 445/2000. È quindi necessario che il modulo sia compilato con la massima cura in ogni sua parte (in stampatello) e che i dati anagrafici siano quelli esattamente riportati sui documenti di identità personale.

Si ricorda che le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà o di certificazione e/o la domanda che le contiene, preventivamente sottoscritte per esteso, devono essere **corredate di fotocopia di un documento di identità**.