



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

“GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEGLI ALLEGATI”

BANDO DI AMMISSIONE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE

IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

a.a. 2024-2025

La presente guida è utile per agevolare la compilazione degli allegati al bando di ammissione al *CdL magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche per l' a.a. 2024/2025* per tutti i candidati alla prova di ammissione.

Di seguito gli allegati del bando di ammissione corredati di **indicazioni operative e suggerimenti utili alla compilazione.**

Si raccomanda di porre particolare attenzione a:

- utilizzare, possibilmente, un supporto informatico (pc e/o altro dispositivo) per la compilazione degli allegati. Ove il candidato fosse impossibilitato alla compilazione degli allegati per via telematica, si raccomanda di scrivere in stampatello, in forma chiara e leggibile;
- assicurarsi di aver inserito ogni segno di spunta dove richiesto;
- firmare in forma autografa (a mano), in basso a destra nello spazio dedicato, ciascun allegato che il candidato intende caricare sul cruscotto della *piattaforma ESSE3* (per la procedura di *upload* delle scansioni degli allegati, si rimanda a quanto descritto nel bando di ammissione);
- indicare la data di compilazione, in basso a sinistra nello spazio dedicato, su ciascun allegato che il candidato intende caricare sul cruscotto di ESSE3.

Scheda riassuntiva - Allegato 1		IO SOTTOSCRITTO, consapevole che l'indicazione di dati non veritieri o difformi dalla realtà comporta l'esclusione dalla graduatoria finale o la decadenza dall'iscrizione nonché le eventuali conseguenze penali previste dal D.P.R. 445/2000.			
COGNOME:	NOME:	DATA DI NASCITA:	LUOGO NASCITA:	PROV. NASCITA	
<u>DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':</u>					
TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI					
IL TITOLO DI ACCESSO AL CORSO dovrà essere documentato tramite <u>autocertificazione</u> . ALLEGATO 3					
Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:
Diploma universitario abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguito nell'anno:
Titolo professionale abilitante equipollente ai sensi della legge 42/99 e <u>diploma quinquennale di scuola media superiore</u>	Infermiere Professionale <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Scuola, sede, indirizzo	Conseguito nell'anno:
LAUREANDO Diploma di laurea triennale abilitante	Infermiere <input type="checkbox"/>	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/>	Nome e sede Università	Conseguito del titolo previsto in data: <u>2024</u> (sotto condizione)
ALTRI TITOLI ACCADEMICI O FORMATIVI di durata non inferiore a 6 mesi - fino a punti 1 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 3 (ALTRA LAUREA o LAUREA MAGISTRALE, MASTER universitari di 1° o 2° livello, etc.). Ciascun titolo dovrà essere documentato tramite <u>autocertificazione</u> . ALLEGATO 3 Non saranno presi in considerazione titoli non ancora conseguiti fino alla data del 29/08/2024.					
TITOLO:	Denominazione del titolo di studio conseguito	Conseguito presso:	Denominazione Ateneo	Anno	Anno di conseguimento del titolo
TITOLO:		Conseguito presso:		Anno	
TITOLO:		Conseguito presso:		Anno	
TITOLO:		Conseguito presso:		Anno	
TITOLO:		Conseguito presso:		Anno	
Data di compilazione		Firma autografa			
Data ___/___/2024		firma leggibile del dichiarante _____		PAG. 1	

ALLEGATO 3
ALLEGATO 3

ALTRI TITOLI					
Ogni altro titolo dovrà essere documentato tramite autocertificazione					
ATTIVITA' PROFESSIONALE NELL'ESERCIZIO DI UNA DELLE PROFESSIONI SANITARIE ricomprese nella classe di Laurea magistrale pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione (N.B. → calcolare l'anzianità maturata fino alla data del 29/08/2024) Max 0,50 punto per anno o frazione superiore a 6 mesi fino ad un massimo di punti 4.					
Infermiere <input type="checkbox"/>	Infermiere Pediatrico <input type="checkbox"/> Vigilatrice Infanzia	Ostetrica/o <input type="checkbox"/>	MESI + giorni di attività calcolati al 29/08/2024	Tempo pieno <input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> (Se part-time specificare percentuale _____ %)	mesi _____ giorni _____
ATTIVITA' PROFESSIONALE NELLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO O NELLA FUNZIONE SPECIALISTICA formalmente riconosciuta in una delle Professioni Sanitarie ricomprese nella classe di Laurea magistrale d'interesse, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN (N.B. → calcolare l'anzianità maturata fino alla data del 31/08/2024) Punti 1 per ciascun anno o frazione superiore ai 6 mesi sino ad un massimo di punti 5					
Incarico di funzione	Incarico di organizzazione (es. coordinamento di U.O.)	mesi e giorni calcolati fino al 29/08/2024 →	mesi: _____ giorni: _____	Presso _____	Indicare numero di mesi e giorni complessivi di esercizio dell'attività professionale. NON EFFETTUARE LA CONVERSIONE DA MESI IN GIORNI!
ALLEGATO 5	Incarico professionale (es. funzione specialistica)	mesi e giorni calcolati fino al 29/08/2024 →	mesi: _____ giorni: _____	Presso _____	
ATTIVITA' DI DOCENZA E TUTORAGGIO PRESSO CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE - Docenti e Tutor delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Punti 0,50 per ciascun incarico/anno fino ad un massimo di punti 5					
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa	titolo dell'insegnamento/ tot. anni _____	_____ / _____ anni	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____	ALLEGATO 5
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa	titolo dell'insegnamento/ tot. anni _____	_____ / _____ anni	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____	
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa	titolo dell'insegnamento/ tot. anni _____	_____ / _____ anni	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____	
Incarico: Docenza <input type="checkbox"/> ufficiale <input type="checkbox"/> integrativa	titolo dell'insegnamento/ tot. anni _____	_____ / _____ anni	_____ / _____ anni	CdL in _____ Università di _____	
Incarico: Tutor didattico delle discipline professionalizzanti MED/45-50	CdL in _____ Università di _____	anni di attività _____	_____ anni	<input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> part-time al _____ %	
Incarico: Guida di tirocinio (tutor clinico) delle discipline professionalizzanti MED/45-50	CdL in _____ Università di _____	anni di attività _____	_____ anni	n° _____ ore complessive per anno di affiancamento agli studenti in ambito clinico	
ATTIVITA' DI RICERCA documentata in pubblicazioni scientifiche - fino a un massimo di punti 3					
TITOLO: Titolo della pubblicazione scientifica	citazione completa	_____	_____	Es. di articolo pubblicato su rivista on-line: Autore dell'articolo, "Titolo dell'articolo", nome del sito web, data di pubblicazione, URL/link.	ALLEGATO 5
TITOLO:	citazione completa	_____	_____	Es. di articolo pubblicato su rivista: Autore dell'articolo, "Titolo dell'articolo", Titolo del periodico, n. della serie, n. del/i volume/i o annata, n. del fascicolo, n. di pagina, URL/link.	
TITOLO:	citazione completa	_____	_____		
TITOLO:	citazione completa	_____	_____		
Data di compilazione _____ Firma autografa _____					
Data ____/____/2024			firma leggibile del dichiarante _____		PAG. 2

Se presente periodo di lavoro a tempo parziale, specificarne la percentuale (es. 24h/sett=66%). Nell'**ALLEGATO 4** specificare durata e ogni altra informazione richiesta per ciascuno dei periodi di lavoro

Indicare numero di mesi e giorni complessivi di esercizio dell'attività professionale. **NON EFFETTUARE LA CONVERSIONE DA MESI IN GIORNI!** (es. tempo pieno dal 01/01/2020 al 24/07/2020= 6 mesi e 24 giorni). Considerare che, per i soli periodi di lavoro a tempo parziale, il dato deve essere rapportato alla percentuale di part-time (es. PT 50% dal 01/01/2020 al 24/07/2020= 3 mesi e 12 giorni)

Calcolare l'anzianità lavorativa fino al 29/08/2024

Indicare numero di mesi e giorni complessivi di esercizio dell'attività professionale. **NON EFFETTUARE LA CONVERSIONE DA MESI IN GIORNI!**

Indicare tipologia dell'incarico di docenza

Indicare il titolo dell'insegnamento e gli anni di durata dell'incarico di docenza

Indicare la denominazione del Corso di Studi e dell'Ateneo

Indicare il numero di anni di durata dell'incarico di tutor didattico

Indicare il numero di anni di durata dell'attività svolta in qualità di tutor clinico

Data di compilazione

Firma autografa

ALLEGATO 5

ALLEGATO 5



RISERVATO AI CANDIDATI IN POSSESSO DEI REQUISITI PER ESSERE AMMESSI AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE SENZA L'ESPLETAMENTO DELLA PROVA DI AMMISSIONE E IN DEROGA ALLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE DEI POSTI.

(Si prega di scrivere stampatello)

__ l __ sottoscritt __ Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

nat __ a _____ Prov. (____) il __/__/____

attualmente residente a _____ Prov. (____)

Via _____

Chiede di essere ammesso in deroga al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ai sensi dell'*art. 2 del D.M. 1118 del 31 luglio 2024*.

A tal fine dichiara di:

- ricoprire 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)
 - Ente che ha attribuito l'incarico _____
in data _____

- di essere titolare, con atto formale da almeno due anni alla data del 31/07/2024, dell'incarico di Direttore delle Attività didattiche professionalizzanti o Coordinatore del Corso di Laurea in _____
 - Organo accademico che ha attribuito l'incarico _____
in data _____

NB → Per incarichi svolti presso pubbliche amministrazioni e per incarichi svolti presso privati non gestori di pubblici servizi: allegare autocertificazioni di attività professionale (MOD. A/37).

L'indicazione di dati non veritieri o difformi dalla realtà comporta l'esclusione dalla graduatoria finale o la decadenza dall'eventuale iscrizione.

Parma, __/__/____

In fede

Data di compilazione

Firma autografa



UNIVERSITÀ DI PARMA

**AUTOCERTIFICAZIONE
DI TITOLO ACCADEMICO**
(compilare in stampatello)

Allegato 3

Io sottoscritt__ cognome.....nome.....

nat_ a il.....
(comune) (provincia)

codice fiscale..... cittadinanza.....

residente a via..... n.
(comune) (provincia)

CAP tel.cellulare e-mail.....

- consapevole che in caso di dichiarazioni false, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, decadrò, con effetto retroattivo, dal diritto di iscrizione, che mi sarà inoltre annullata la carriera scolastica e non avrò diritto al rimborso della tassa di iscrizione.

dichiaro sotto la mia responsabilità

di aver superato presso l'Università di.....,
Facoltà /Dipartimento di.....
l'esame di (es. laurea, diploma universitario, master, etc.)
in nel giorno
con punti

di aver superato presso l'Ente-Scuola Regionale (indicare la denominazione dell'Ente che ha erogato il titolo regionale)
..... nell'anno l'esame di per il conseguimento del
Diploma di con il seguente punteggio: prova scritta/70, prova
orale/70, prova pratica/70.

In questo caso (titolo regionale) è necessario autocertificare il possesso del diploma di scuola media superiore (Maturità quinquennale) con l'**allegato n. 6 "Autocertificazione del diploma di maturità"**.

Per i soli candidati in possesso del progresso Titolo professionale (titolo conseguito presso Scuole regionali per Infermieri professionali/Ostetriche) è necessario autocertificare il possesso del diploma di scuola media superiore (maturità quinquennale) attraverso l'ALLEGATO 6



UNIVERSITÀ DI PARMA

di aver conseguito la certificazione del corso di perfezionamento/alta formazione universitaria dal titolo..... , in data , presso , della durata complessiva di mesi, per un totale di ore effettive di frequenza.

di essere iscritto all'esame di Laurea in presso l'Università di nella sessione di (indicare anno, mese e giorno)/...../.....

Parma,/...../.....

Firma autografa

Data di compilazione

.....
(firma)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritt_ cognome nome

nat__ ail.....

(comune) (provincia)

codice fiscale residente a

(comune) (provincia)

via n.

CAP tel. cellulare e-mail

consapevole che, in caso di dichiarazioni e uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

dichiaro

di aver prestato servizio, presso Enti pubblici e/o privati e/o collaborazioni con cooperative, in qualità di

INFERMIERE/A

OSTETRICA/O

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____

INDICARE SEMPRE LA DATA DI INIZIO DELL'ESPERIENZA LAVORATIVA

INDICARE SEMPRE LA DATA DI FINE DELL'ESPERIENZA LAVORATIVA
(se l'attività lavorativa è in corso, scrivere "IN CORSO")

• presso: _____ (denominazione azienda)

dal: _____ al: _____ rapporto di lavoro a tempo pieno part-time

se part-time specificare percentuale _____ %, ore settimanali _____

Per i soli candidati che intendono dichiarare di aver prestato attività di lavoro a tempo parziale: INDICARE LA PERCENTUALE DEL PART TIME

INDICARE SEMPRE IL NUMERO DI ORE LAVORATIVE SETTIMANALI.
N.B. per le esperienze di lavoro prestate in regime di part-time considerare il corrispondente numero di ore settimanali



di aver prestato servizio, in regime di libera professione, in qualità di

INFERMIERE/A OSTETRICA/O

- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore _____
- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al: _____ ore settimanali _____

**INDICARE SEMPRE IL NUMERO
DI ORE LAVORATIVE
SETTIMANALI**

Parma,/...../.....

Data di compilazione

Firma autografa

(firma)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).



UNIVERSITÀ DI PARMA

AUTOCERTIFICAZIONE

Allegato 5

Altri titoli

(come da D.M. n° 1118 del 31/07/2024)

(compilare in stampatello)

Io sottoscritt_ cognome.....nome.....

nat_ a il.....
(comune) (provincia)

codice fiscale..... cittadinanza.....

residente a via..... n.
(comune) (provincia)

CAP tel.cellulare e-mail.....

- consapevole che in caso di dichiarazioni false, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, decadrò, con effetto retroattivo, dal diritto di iscrizione, che mi sarà inoltre annullata la carriera scolastica e non avrò diritto al rimborso della tassa di iscrizione.

dichiaro sotto la mia responsabilità

di aver svolto attività professionale nella funzione di **coordinamento** o nella **funzione specialistica formalmente riconosciuta** in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN

- presso: _____ (denominazione azienda)
dal: _____ al _____

INDICARE SEMPRE LA DATA DI INIZIO E LA DATA DI FINE (se l'attività è in corso, scrivere "IN CORSO") DELL'INCARICO DI FUNZIONE

di aver svolto attività di **Docenza** (specificare) ufficiale integrativa

Indicare la tipologia dell'incarico di docenza

- Titolo dell'insegnamento (specificare): _____
Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____

Per le docenze ufficiali, riportare la denominazione esatta dell'insegnamento come indicato nel piano degli studi. Per le docenze integrative, indicare anche l'insegnamento ufficiale di afferenza come indicato nel piano degli studi.

- Titolo dell'insegnamento (specificare): _____
Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____

INDICARE SEMPRE LA DATA DI INIZIO E LA DATA DI FINE ESPRESSA NEL CONTRATTO DI DOCENZA STIPULATO CON L'UNIVERSITA'



UNIVERSITÀ DI PARMA

di aver svolto attività in qualità di **Tutor didattico** delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie

- Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____
con rapporto di lavoro a tempo pieno part-time, se part-time specificare percentuale _____ %,
ore settimanali _____
- Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____
con rapporto di lavoro a tempo pieno part-time, se part-time specificare percentuale _____ %,
ore settimanali _____

di aver svolto attività in qualità di **Guida di tirocinio** (Tutor clinico) delle discipline professionalizzanti MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie

- Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____
per un n° _____ ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico
- Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____
per un n° _____ ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico
- Presso (denominazione Università): _____
CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____
per un n° _____ ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

di aver svolto **attività di ricerca** documentata in _____ (indicare il numero) pubblicazioni scientifiche (inserire citazioni per esteso)

1) **Es. di articolo pubblicato su rivista on-line: Autore dell'articolo, "Titolo dell'articolo", nome del sito web, data di pubblicazione, URL/link.**

2) **Es. di articolo pubblicato su rivista: Autore dell'articolo, "Titolo dell'articolo", Titolo del periodico, n. della serie, n. del/i volume/i o annata, n. del fascicolo, n. di pagina, URL/link.**

3) _____

Parma,

Data di compilazione

Firma autografa

(firma)

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).



UNIVERSITÀ DI PARMA

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Allegato 6

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DIPLOMA DI MATURITÀ
(artt.19 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

lo sottoscritt_ cognome nome

nat_ a il
(comune) (provincia)

codice fiscale cittadinanza

residente a via n.
(comune) (provincia)

CAP tel. cellulare e-mail

domiciliat__a via n.
(comune) (provincia)

CAP tel.

- consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e di uso di atti falsi, incorrerò nelle pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;
- consapevole che, fermo restando le responsabilità penali, in caso di dichiarazioni false, decadrò, con effetto retroattivo, dal diritto di iscrizione, che mi sarà inoltre annullata la carriera scolastica e non avrò diritto al rimborso della tassa di iscrizione.

dichiaro sotto la mia responsabilità

➤ di aver conseguito il diploma di scuola secondaria superiore
(specificare il tipo di maturità: scientifica, classica, linguistica ecc.)

di durata:

quinquennale / quadriennale senza anno integrativo / quadriennale con anno integrativo

presso il Liceo / Istituto
statale legalmente riconosciuto

Via:CAP Città:
(indicare esattamente l'indirizzo del Liceo/Istituto)

nell'anno scolastico con voto /
(indicare se il voto è espresso in sessantesimi o in centesimi)

..... /
(scrivere il voto anche in lettere)

anno integrativo presso Liceo/Istituto
statale legalmente riconosciuto

Via:CAP Città:
(indicare esattamente l'indirizzo del Liceo/Istituto)

nell'anno scolastico

Data di compilazione

Firma autografa

Parma,

(Firma)