



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

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

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



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) _____

- 2) _____

- 3) _____

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

.....
(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).