



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

***Modulistica per l'autocertificazione della carriera formativa e
professionale per la prova di ammissione al
Corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e
ostetriche – Profilo infermieristico***

a.a. 2026/2027

___ I ___ sottoscritt ___ Cognome _____ Nome _____
 codice fiscale _____
 nat ___ a _____ Prov. (___) il ___/___/___
 residente a _____ Prov. (___)
 via _____
 CAP _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____

DICHIARA

di procedere alla compilazione del presente allegato "2", composto da 8 pagine, suddivise in 2 differenti sezioni, del bando di ammissione al Corso di Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche – Profilo infermieristico per l'anno accademico 2026/2027, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii, consapevole che:

- chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;
- il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati dall'Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, emergesse la non veridicità del contenuto della dichiarazione;
- in caso di dichiarazioni false, fermo restando le responsabilità penali, il beneficiante decadrà, con effetto retroattivo, dal diritto di iscrizione, con immediato annullamento di frequenze e CFU eventualmente conseguiti, nonché senza rimborso della tassa di iscrizione.

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).

Parma, ___/___/___

 (firma autografa)

1. AUTOCERTIFICAZIONE ALTRI TITOLI

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii. e del D.M. n° 1006 del 06/08/2026)

__ I __ sottoscritt __ Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

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

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,
alla data di emanazione del D.M. 1006 del 6 agosto 2026,**

☐ di aver superato presso l'Università di _____,

Facoltà / Dipartimento di _____

l'esame di (es. altra laurea, laurea magistrale, diploma universitario, master, etc.) _____

in (specificare titolo conseguito) _____

in data ____/____/____ con punti _____

☐ di aver superato presso l'Università di _____,

Facoltà / Dipartimento di _____

l'esame di (es. altra laurea, laurea magistrale, diploma universitario, master, etc.) _____

in (specificare titolo conseguito) _____

in data ____/____/____ con punti _____

☐ di aver superato presso l'Università di _____,

Facoltà / Dipartimento di _____

l'esame di (es. altra laurea, laurea magistrale, diploma universitario, master, etc.) _____

in (specificare titolo conseguito) _____

in data ____/____/____ con punti _____

☐ di aver conseguito la certificazione del corso di perfezionamento / alta formazione universitaria dal

titolo _____ in data ____/____/____,

presso _____

della durata complessiva di n. _____ mesi, per un totale di n. _____ ore effettive di frequenza

☐ di aver conseguito la certificazione del corso di perfezionamento / alta formazione universitaria dal

titolo _____ in data ____/____/____,

presso _____

della durata complessiva di n. _____ mesi, per un totale di n. _____ ore effettive di frequenza

☐ di aver svolto attività professionale di **funzione organizzativa di coordinamento o professionale/specialistica** in una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, formalmente conferita, presso servizi sanitari e socio-sanitari sia pubblici che convenzionati con il SSN o in regime di libera professione, queste ultime idoneamente documentate e certificate (è obbligatorio indicare la data di fine incarico di ciascuna attività professionale di funzione organizzativa di coordinamento o professionale/specialistica; se l'attività risulta ancora in corso indicare diciture quali, ad esempio, "AD OGGI" / "TUTTORA", etc.)

- presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 in regime di lavoro (barrare la casella) ☐ subordinato (dipendente) ☐ libera professione (autonomo)
 in qualità di (denominazione ruolo/incarico) _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time
 [se dipendete con rapporto di lavoro subordinato part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]
 [se l'attività è stata o è svolta in regime di libera professione specificare il numero medio di ore settimanali _____]

- presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 in regime di lavoro (barrare la casella) ☐ subordinato (dipendente) ☐ libera professione (autonomo)
 in qualità di (denominazione ruolo/incarico) _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time
 [se dipendete con rapporto di lavoro subordinato part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]
 [se l'attività è stata o è svolta in regime di libera professione specificare il numero medio di ore settimanali _____]

- presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 in regime di lavoro (barrare la casella) ☐ subordinato (dipendente) ☐ libera professione (autonomo)
 in qualità di (denominazione ruolo/incarico) _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time
 [se dipendete con rapporto di lavoro subordinato part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]
 [se l'attività è stata o è svolta in regime di libera professione specificare il numero medio di ore settimanali _____]

☐ di aver svolto attività di **Docenza** delle discipline ex MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea, Corsi di Laurea Magistrale delle professioni sanitarie

(è obbligatorio indicare la data di fine incarico di ciascuna attività di docenza; se l'attività risulta ancora in corso indicare diciture quali, ad esempio, "AD OGGI" / "TUTTORA", etc.)

- tipologia di docenza (specificare barrando la casella) ☐ ufficiale ☐ integrativa

titolo dell'insegnamento ufficiale _____

titolo della docenza integrativa (specificare soltanto in caso di docenza integrativa) _____

presso (denominazione Università) _____

per il CdL / CdLM in _____

incardinato nel PdS (piano degli studi) a.a. ____/____ e svolta nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

- tipologia di docenza (specificare barrando la casella) ☐ ufficiale ☐ integrativa

titolo dell'insegnamento ufficiale _____

titolo della docenza integrativa (specificare soltanto in caso di docenza integrativa) _____

presso (denominazione Università) _____

per il CdL / CdLM in _____

incardinato nel PdS (piano degli studi) a.a. ____/____ e svolta nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

- tipologia di docenza (specificare barrando la casella) ☐ ufficiale ☐ integrativa

titolo dell'insegnamento ufficiale _____

titolo della docenza integrativa (specificare soltanto in caso di docenza integrativa) _____

presso (denominazione Università) _____

per il CdL / CdLM in _____

incardinato nel PdS (piano degli studi) a.a. ____/____ e svolta nel periodo dal ____/____/____ al ____/____/____

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

(è obbligatorio indicare la data di fine incarico di ciascuna attività svolta in qualità di Tutor didattico; se l'attività risulta ancora in corso indicare diciture quali, ad esempio, "AD OGGI" / "TUTTORA", etc.)

- presso (denominazione Università) _____

per il CdL / CdLM in _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time

[se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

☐ di aver svolto attività in qualità di **Guida di tirocinio** (Tutor clinico) delle discipline professionalizzanti ex MED/45-50, incaricati formalmente presso i Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie
(il candidato dovrà indicare puntualmente il numero di ore svolto per ciascun anno solare)

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

- presso (denominazione Università) _____
per il CdL / CdLM in _____ nell'anno solare _____ per un n° _____
ore complessive di affiancamento agli studenti in ambito clinico

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

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

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).

Parma, ____/____/____

(firma autografa)

2. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ*(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)*

___ I ___ sottoscritt ___ Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

nat ___ a _____ Prov. (___) il ___/___/___

DICHIARA

☐ di aver svolto attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse presso **Enti pubblici e/o privati e/o collaborazioni con cooperative** (è obbligatorio indicare la data di fine incarico di ciascuna attività professionale; se l'attività risulta ancora in corso indicare diciture quali, ad esempio, "AD OGGI" / "TUTTORA", etc.)

- in qualità di _____

presso (denominazione azienda) _____

tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativadal ___/___/___ al ___/___/___ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time

[se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

- in qualità di _____

presso (denominazione azienda) _____

tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativadal ___/___/___ al ___/___/___ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time

[se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

- in qualità di _____

presso (denominazione azienda) _____

tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativadal ___/___/___ al ___/___/___ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time

[se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

- in qualità di _____

presso (denominazione azienda) _____

tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativadal ___/___/___ al ___/___/___ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time

[se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

- in qualità di _____
 presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 dal ___/___/___ al ___/___/___ con rapporto di lavoro a tempo (barrare la casella) ☐ pieno ☐ part-time
 [se part-time specificare percentuale _____ % e numero di ore settimanali _____]

☐ di aver svolto attività professionale nell'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse in regime di **libera professione**
 (è obbligatorio indicare la data di fine di ciascuna attività professionale svolta in regime di libera professione; se l'attività risulta ancora in corso indicare diciture quali, ad esempio, "AD OGGI" / "TUTTORA", etc.)

- in qualità di _____
 presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore settimanali _____
- in qualità di _____
 presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore settimanali _____
- in qualità di _____
 presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore settimanali _____
- in qualità di _____
 presso (denominazione azienda) _____
 tipologia Ente / Azienda (barrare la casella) ☐ pubblico ☐ privato ☐ accreditato ☐ cooperativa
 dal ___/___/___ al ___/___/___ ore settimanali _____

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).

Parma, ___/___/___

 (firma autografa)