



UNIVERSITÀ DI PARMA

AUTOCERTIFICAZIONE

Allegato 5

Altri titoli (come da D.M. n° 1058 del 6/8/2021) (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 _____

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 _____



UNIVERSITÀ DI PARMA

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 _____

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

Presso (denominazione Università): _____

CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____

Presso (denominazione Università): _____

CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____

Presso (denominazione Università): _____

CdL/CdLM in _____ dal: _____ al _____

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

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____



UNIVERSITÀ DI PARMA

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. 779/2016).