



# UNIVERSITÀ DI PARMA

## AUTOCERTIFICAZIONE

## Allegato 5

### Altri titoli

(come da D.M. n° 566 del 20/06/2022)

(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 \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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).