

**Allegato**

**3**

**Alla Commissione Giudicatrice del  
Concorso per l'Ammissione al Master  
di I Livello in "Infermiere di Famiglia  
e della Comunità"  
A.A. 2024/2025**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art.46 del D.P.R. N.445 del 28/12/2000)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000)**

**IL /LA SOTTOSCRITTO/A**

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_ Residenza \_\_\_\_\_ (cap) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
e domicilio in \_\_\_\_\_ (cap) \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Consapevole della responsabilità a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizioni di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, nonché delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci di cui all' art. 76 del D.P.R. 445/2000

**Di essere in possesso dei seguenti titoli previsti dal bando:**

- Laurea triennale (ex D.M. 509/99 e D.M. 270/04)**

**in** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_   
il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Votazione finale \_\_\_\_\_

- Laurea Specialistica e/o Magistrale (ex D.M. 509/99 e D.M. 270/04) in:**

\_\_\_\_\_   
conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_



il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Votazione finale \_\_\_\_\_

- Diploma universitario o di laurea vecchio ordinamento in:**

\_\_\_\_\_

conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_

il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Votazione finale \_\_\_\_\_

- Titolo ad essi equipollenti ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità, di concerto con il Ministro dell'Università, in data 27 luglio 2000, emanato in attuazione della legge 26 febbraio 1999, n. 42 in:**

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Votazione finale \_\_\_\_\_

- Di aver superato tutti gli esami previsti dal corso di studio con la seguente media finale:**

\_\_\_\_\_

- Di avere maturato le seguenti esperienze lavorative anche di volontariato di almeno 3 anni in reparti di Pediatria e Chirurgia Pediatrica:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Pubblicazioni inerenti la disciplina di Infermieristica / Infermieristica Pediatrica:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Luogo e data  
e leggibile)

---

( Firma del dichiarante - per esteso