



**SCHEMA VALUTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI E PROFESSIONALI PRESENTATI PER L'AMMISSIONE AI CORSI  
DI LAUREA MAGISTRALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**(Non compilare a mano)**

**Allegato 1**

Il punteggio relativo alla valutazione dei titoli verrà calcolato con riferimento solo a quanto dichiarato nel presente modulo.

In caso di mancata presentazione nei termini previsti dal bando verrà riconosciuto il solo punteggio relativo alla prova scritta.

***Al Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Cagliari***

Il sottoscritto:

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Data e luogo nascita:

Indirizzo:

Città, CAP, Provincia:

Recapito telefonico:

Indirizzo e-mail:

**CHIEDE**

di partecipare, per l'anno accademico **2025/2026**, alla selezione per l'ammissione al corso di laurea magistrale in:

- Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione
- Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

***(barrare il corso di interesse)***

A tal fine, avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. n. 445/2000, e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ed incorre, altresì, nella decadenza dai benefici ottenuti,



**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

<input type="checkbox"/>	Laurea in:	<input type="text"/>	In data:	<input type="text"/>	Con voto:	<input type="text"/>
	Conseguito presso:	<input type="text"/>				

<input type="checkbox"/>	Diploma Universitario in:	<input type="text"/>	In data:	<input type="text"/>	Con voto:	<input type="text"/>
	Conseguito presso:	<input type="text"/>				
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.						

<input type="checkbox"/>	Titolo abilitante all'esercizio di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, di cui alla legge n. 42/1999:					
	Denominazione:	<input type="text"/>	In data:	<input type="text"/>	Con voto:	<input type="text"/>
	Conseguito presso:	<input type="text"/>				
e di allegare l'autocertificazione degli esami sostenuti.						

- di essere in possesso dei seguenti **titoli accademici o formativi** di durata non inferiore a sei mesi: *(fino ad 1 punto per ciascuno titolo fino ad un massimo di punti 3)*:

Titolo:	<input type="text"/>				
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>				
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>		

Titolo:	<input type="text"/>				
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>				
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>		

Titolo:	<input type="text"/>				
Univ. o ente di rilascio:	<input type="text"/>				
Durata:	<input type="text"/>	Data di conseguimento:	<input type="text"/>		



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali** nell'esercizio di 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 o in regime di libera professione:

*(punti 0,50 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 4)*

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>
Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività professionali 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:

(punti 1 per ciascun anno o frazione superiore a sei mesi fino ad un massimo di punti 5)

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>

Attività professionale di:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dal giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>	Al giorno (gg/mm/aa):	<input type="text"/>



- di aver svolto, ovvero di svolgere tuttora, le seguenti **attività di docenza e tutoraggio** nelle discipline professionalizzanti MED/45-50, con incarichi formalmente attribuiti, presso i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie:

*(punti 0,50 per ciascun incarico/anno fino ad un massimo di punti 5)*

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>



Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>

Attività di docenza e tutoraggio:	<input type="text"/>		
Ente dove è stata svolta:	<input type="text"/>		
Dall'anno accademico :	<input type="text"/>	All'anno accademico:	<input type="text"/>



- di aver svolto le seguenti attività di ricerca documentate in **pubblicazioni scientifiche**:

**Attività di ricerca documentata in pubblicazioni scientifiche** *(fino ad un massimo di punti 3)*


Il sottoscritto, a norma del D.Lgs. 196/03, dichiara di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti di legge.

Cagliari,

\_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile



**Nota Bene:**

Le dichiarazioni successive sono riservate ai casi particolari di seguito riportati:

- 1) candidati in possesso di titoli che consentono l'ammissione diretta (ammissioni in soprannumero);
- 2) candidati non ancora in possesso del titolo previsto per l'ammissione (laurea triennale), ma che lo conseguiranno entro il 28 febbraio 2026;

Queste dichiarazioni devono essere compilate unicamente da chi si trova in una delle predette condizioni.

Chi non rientra in uno dei casi indicati ai punti 1) e 2) deve lasciare in bianco la dichiarazione.



**CANDIDATI PER CUI NON È PREVISTA LA PROVA DI AMMISSIONE**

**Ammissione diretta e in soprannumero**

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere in possesso dei requisiti necessari per richiedere l'ammissione al corso di laurea magistrale delle Professioni Sanitarie di interesse in deroga alla programmazione nazionale prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, in quanto:

<input type="radio"/>	ricopre una funzione di direzione di una delle professioni sanitarie ricomprese nella classe di laurea magistrale di interesse, formalmente attribuita dall'Ente di appartenenza (strutture pubbliche e strutture convenzionate con il SSN) di cui <b>allega l'atto di nomina</b> ;
<input type="radio"/>	titolare dell'incarico di direttore o di coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale di interesse (di cui <b>allega idonea documentazione giustificativa</b> ) attribuito con atto formale di data certa, conferito in data <input type="text"/>

Cagliari,

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile



**CANDIDATI CHE DEVONO ANCORA CONSEGUIRE LA LAUREA TRIENNALE**

**Ammissione sotto condizione**

Il sottoscritto dichiara:

- di non avere ancora conseguito il titolo di laurea triennale necessario per l'accesso alla Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie di interesse e di essere consapevole che il titolo dovrà essere conseguito entro il termine stabilito dal bando di ammissione;
- di essere attualmente iscritto al corso di studio di seguito riportato e di avere conseguito o prevedere di conseguire almeno 160 crediti formativi universitari entro il 30 settembre 2025, di cui allega relativa autocertificazione;

Laurea in:

Ateneo:

Data presunta della  
seduta di Laurea:

Cagliari,

\_\_\_\_\_  
Firma per esteso e leggibile