



Allegato 3

DOMANDA DI AMMISSIONE IN SOVRANNUMERO

Al Corso di Laurea Magistrale in _____

A.A. 2025/2026

**AL MAGNIFICO RETTORE
DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(Resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

PRESA VISIONE

del bando di selezione per l'accesso ai Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, A.A. 2025/2026, a conoscenza di quanto specificatamente previsto dagli artt. 4, 5 e 6,

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso al:

Corso di Laurea Magistrale in _____

della Facoltà di Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2025/2026 prescindendo dall'espletamento della prova di ammissione, ed in deroga alla programmazione nazionale dei posti. A tal fine informato/a che le dichiarazioni false, le indicazioni di dati non corrispondenti al vero e l'uso di atti falsi sono puniti con specifiche sanzioni penali e con la perdita dei benefici eventualmente conseguiti (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

Cognome _____ Nome _____;

codice fiscale _____;

di essere nato/a il _____ a _____ (Prov. _____);

come attestato dalla copia del seguente documento di identità _____;

n. _____ rilasciato da _____ in data _____;

Di essere in possesso della cittadinanza _____;



Di avere la residenza in:

Via _____ località _____;

Prov. _____ CAP _____;

Di eleggere domicilio per eventuali comunicazioni inerenti il presente procedimento in:

Via _____ località _____;

Prov. _____ CAP _____;

tel. _____ cellulare _____;

email _____;

Di essere in possesso del seguente **titolo di studio di ammissione**:

Descrizione titolo: _____;
Ente di conseguimento: _____;
Tipologia del corso di studio: _____;
Data di conseguimento: _____ Anno Accademico: _____
Voto: _____

Dichiara inoltre di essere in possesso del seguente titolo in base al quale chiede di essere ammesso in sovrannumero al corso di Laurea Magistrale di interesse:

di essere titolare del seguente incarico con 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):

Descrizione incarico	Dalla data Alla data	Struttura	Indirizzo struttura

di essere titolare, da almeno due anni alla data del D.M. n. 605 del 08/08/2025, con atto formale n. _____ del _____ dell'incarico di direttore o coordinatore di uno dei corsi di laurea ricompresi nella classe di laurea magistrale di interesse come da copia che si allega e di cui si dichiara la conformità all'originale.

Allega alla domanda:

Copia di un documento di identità in corso di validità

Cagliari, _____

Firma _____

(Firma per esteso e leggibile)