



DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE
IN **SCIENZE RIBILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**
(LM/SNT-2) A.A.2024/2025

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Cognome	
Nome	
Nato/a a	
Il	
Codice fiscale	
Matricola (solo se studente o laureato UC)	

Dati del Titolo di accesso alla LM/SNT-2

(Allegare copia del titolo universitario o autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000. Se **in conseguimento entro il 31/12/2024**, allegare copia del certificato con durata legale della LT della classe L/SNT-2 cui si è iscritti per l'a.a.2023/2024).

Titolo di accesso	Conseguito presso	In data
Laurea (classe L/SNT-2) in		



<p>Diploma Universitario (abilitante all'esercizio di una delle Professioni sanitarie comprese nella classe di laurea magistrale SNT/2) in</p> <p>.....</p>		
<p>Titolo abilitante all'esercizio di una delle Professioni sanitarie comprese nella classe di laurea magistrale SNT/2 delle lauree nelle Professioni sanitarie della riabilitazione, di cui all'art. 4 della L.42/1999.....</p> <p>.....</p>		

Titoli di cui si chiede riconoscimento ai fini del punteggio (max. 20 punti) ai sensi dell' **art. 6 lett. B** del bando di concorso:

- compilare i campi in modo chiaro, leggibile e completo;
- Per ciascun titolo allegare copia o, ove prevista, dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Titolo di valutazione	Conseguito presso	In Data	Punti
<p>Titoli accademici (diversi dal titolo di accesso) o formativi di durata non inferiore a sei mesi</p> <p>.....</p>			<p>Punti 1 per ciascun titolo fino ad un massimo di punti 3;</p>

