

COGNOME	NOME	LUOGO N/(PROV.)	DATA
---------	------	-----------------	------

RESIDENTE A	PROV	
TELEFONO	FAX	CELL.

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA':

**A: TITOLO DI ACCESSO AL CORSO
(indicarne solo uno)**

diploma laurea triennale abilitante			in _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
diploma universitario abilitante			in _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
titolo professionale abilitante equipollente ai sensi della legge 42/99 e del D.l. 27/7/2000			in _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____

B: ALTRI TITOLI ACCADEMICI, PROFESSIONALI O FORMATIVI

Master Universitario 60 crediti formativi (1500 ore)	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____

Corso di Perfezionamento Universitario	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____

Corso di Specializzazione NON universitario di durata almeno annuale	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso la Scuola _____

Pubblicazioni Scientifiche	NO	SI	data pubblicazione _____	rivista _____
	NO	SI	data pubblicazione _____	rivista _____
	NO	SI	data pubblicazione _____	rivista _____
	NO	SI	data pubblicazione _____	rivista _____
	NO	SI	data pubblicazione _____	rivista _____

Docenza Universitaria nelle lauree delle Professioni Sanitarie ricomprese nella classe di laurea specialistica	NO	SI			
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di

Incarico di Direttore/Coordinatore tecnico pratico nell'ambito della formazione professionale universitaria	NO	SI			
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di
			nell'anno	presso l'Università	nel corso di Laurea/diploma di

Altra Laurea	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____
	NO	SI	Quale _____	conseguito nell'anno _____	presso l'Università _____

**C: ATTIVITA' PROFESSIONALE CON
FUNZIONE APICALE**

Direttore Area Sanitaria Riabilitativa - ai sensi della legge 10/08/2000 - n° 251 da almeno 2 anni (al 9/07/2004)	NO	SI	da mesi _____	presso _____
Coordinatore	NO	SI	da mesi _____	presso _____

D: ATTIVITA' PROFESSIONALE RELATIVA AL TITOLO ABILITANTE POSSEDUTO

Specificare il Profilo Professionale di appartenenza _____	NO	SI	da mesi _____	presso _____	Totale mesi _____
	NO	SI	da mesi _____	presso _____	
	NO	SI	da mesi _____	presso _____	
	NO	SI	da mesi _____	presso _____	
	NO	SI	da mesi _____	presso _____	

Note: