



## **“Allegato B”**

**(solo per i candidati in possesso di un titolo accademico straniero)**

### **DESCRIZIONE DEL TITOLO DI ACCESSO (Laurea, Master of Science o titolo equivalente)**

#### **INFORMAZIONI RELATIVE AL POSSESSORE DEL TITOLO**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

E-mail per corrispondenza \_\_\_\_\_

#### **INFORMAZIONI RELATIVE AL TITOLO**

Livello del titolo di studio (Laurea, Master of Science o titolo equivalente)

\_\_\_\_\_

Titolo di studio in \_\_\_\_\_

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

Titolo di studio conseguito il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Votazione finale / Valutazione \_\_\_\_\_

Area disciplinare \_\_\_\_\_

Lingua/e di insegnamento e di valutazione della preparazione \_\_\_\_\_

Durata normale del corso (in anni) \_\_\_\_\_

Requisito/i richiesti/i per l'accesso al corso \_\_\_\_\_

#### **INFORMAZIONI SUGLI ESAMI E SUI RISULTATI CONSEGUITI (Dettagli relativi ai corsi seguiti e alle valutazioni/votazioni/crediti ottenuti)**



DATA	CORSO	VALUTAZIONE	VOTO	CREDITI

Informazioni aggiuntive utili in merito agli esami e ai risultati \_\_\_\_\_

---

---

---

**INFORMAZIONI SULL'AMBITO DI UTILIZZAZIONE DEL TITOLO NEL PAESE IN CUI E' STATO CONSEGUITO**

Accesso ad ulteriori studi \_\_\_\_\_

---

---

**DICHIARAZIONE AGGIUNTIVA**

Quanto indicato nei documenti allegati alla domanda di ammissione corrisponde al vero ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 445/2000.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma autografa (per esteso e leggibile)

**“Allegato C”**

(solo per i professionisti dipendenti del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e dell'atto di notorietà ex art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000.



**UNIMORE**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

E-mail per corrispondenza \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, **il/la sottoscritto/a dichiara di essere dipendente della seguente Azienda/Ospedale \_\_\_\_\_ del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna** e che quanto indicato nei documenti allegati alla domanda di ammissione corrisponde al vero ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 445/2000.

Pertanto **il sottoscritto chiede di usufruire dell'agevolazione prevista dall'art. 1.**

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma autografa (per esteso e leggibile)