

ALLEGATO B
**MASTER DI I LIVELLO “FISIOTERAPIA MUSCOLOSCHELETRICA E
REUMATOLOGICA” a.a. 2024-25**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa)

L _ SOTTOSCRITT _	
COGNOME _____	
NOME _____	
GENERE (F/M) _____	
CODICE FISCALE _____	
NATO/A A _____	(PROV. ____)
IL _____	
RESIDENTE NEL COMUNE DI _____	(PROV. _____)
VIA _____	N. _____
CAP _____	
TEL. _____	

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in materia di Documentazione Amministrativa,

TITOLO ACCESSO			
Laurea	Università	Anno _____	VOTO _____
D.U. diploma Universitario	Università	Anno _____	VOTO _____
Titolo di studio EQUIPOLLENTE	Sede	Anno _____	VOTO _____
Titolo di studio EQUIVALENTE	Sede	Anno _____	VOTO _____
Laurea magistrale in “Scienze riabilitative delle Professioni Sanitarie”	Università	Anno _____	VOTO _____
Dottorato di Ricerca	Università	Anno _____	VOTO _____

ARTICOLI PUBBLICATI SU RIVISTE INDICIZZATE - CINAHL E/O PUBMED (punti 0,5 per un max di punti 3)

ARTICOLO

ARTICOLO

ARTICOLO

ARTICOLO

ARTICOLO

ARTICOLO

Data _____

Il Dichiarante
Firma per esteso e leggibile
