

AUTOCERTIFICAZIONE CONSEGUIMENTO MASTER
(DPR 28 Dicembre 2000, n.445)

Il sottoscritto/a Dott. _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

DICHIARA DI AVER CONSEGUITO

Master di I Livello (Durata almeno annuale)

Titolo _____

Università di _____

Conseguito in data _____

Durata _____

Numero ore complessive _____

CFU _____

Master di II Livello (Durata almeno annuale)

Titolo _____

Università di _____

Conseguito in data _____

Durata _____

Numero ore complessive _____

CFU _____

Data _____

Firma _____

Allegare:

- Copia del Diploma rilasciato dall'Università
- Copia fronte/retro documento di identità

REQUISITI

- **Sono resi pubblici solo i master istituiti dagli Atenei che hanno il corso di laurea in Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e Protesi Dentaria in quanto certificano percorsi formativi post-universitari particolarmente qualificati.**
I master rilasciati dalle Università telematiche riconosciute dal MUR, pur avendo lo stesso valore legale, non sono resi pubblici in quanto le suddette Università sono prive di competenze nelle specifiche tematiche sanitarie e non garantiscono una qualità formativa dello stesso livello.
- **Sia i master di I livello che di II livello per essere resi pubblici devono:**
 - avere durata almeno annuale con un impegno complessivo di almeno 1500 ore corrispondenti all'acquisizione di 60 crediti formativi universitari (CFU)
 - essere istituiti dalle Scuole o Dipartimenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso le Università pubbliche e private riconosciute dal MUR