

COMUNICAZIONE CONSEGUIMENTO MASTER

Il sottoscritto/a Dott. _____

nato a _____ il _____

codice fiscale _____

COMUNICA 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 biennale)

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

- I corsi di Master pubblicizzabili sono solo quelli istituiti dalle Scuole o Dipartimenti delle Facoltà di medicina e chirurgia e di odontoiatria e protesi dentaria di Università pubbliche e private riconosciute dal MUR (EX Miur) in quanto certificano percorsi formativi post-universitaria di qualità **e non i Master rilasciati dalle Università telematiche riconosciute dal MUR prive di competenze nelle specifiche tematiche sanitarie che non garantiscono una qualità formativa dello stesso livello**
- I Master di I livello devono avere durata almeno annuale con un impegno complessivo di almeno 1500 ore corrispondenti all'acquisizione di 60 crediti formativi universitari (CFU)
- I Master universitari di II livello devono avere durata di almeno due anni con un impegno complessivo di almeno 3000 ore corrispondenti all'acquisizione di 120 crediti formativi universitari (CFU)
- Rilasciano un titolo accademico di "diploma"