

### Istruzioni

**Il presente modulo va compilato e inviato all'indirizzo mail [amce@uniud.it](mailto:amce@uniud.it)**, allegando una fotocopia di un valido documento di identità personale e specificando nell'oggetto della mail la tipologia della richiesta (esempio: trasferimento ad anni successivi al primo, equipollenza) e il corso di studio al quale ci si vuole iscrivere.

**L'originale in formato cartaceo NON DEVE ESSERE SPEDITO a mezzo posta E NON DEVE ESSERE CONSEGNATO in Segreteria Studenti.**

La domanda va compilata in ogni sua parte e firmata. Solo dopo avere applicato e annullato la marca da bollo apponendo una riga o una croce ben visibili, si deve scansionare il modulo, salvarlo in formato pdf e inviarlo per posta elettronica, assieme ad eventuali allegati, all'indirizzo [amce@uniud.it](mailto:amce@uniud.it).

Le dichiarazioni mendaci sono perseguibili penalmente ai sensi delle vigenti leggi.

Il/la sottoscritt\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_

dichiara di aver annullato, secondo le modalità prescritte dalla legge e ai fini dell'assolvimento dell'imposta di bollo, la marca da bollo dal valore di 16.00 euro applicata su questo documento, il cui numero identificativo è \_\_\_\_\_, e di essere a conoscenza di non poterla riutilizzare ad altri fini.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

firma leggibile

---

**ATTENZIONE:** l'indirizzo mail [amce@uniud.it](mailto:amce@uniud.it) deve essere utilizzato solo per l'invio di documenti NON per richieste di informazioni sullo stato del procedimento, per tali richieste bisogna scrivere una mail alla Segreteria Studenti di riferimento [segreteria.medicina@uniud.it](mailto:segreteria.medicina@uniud.it)



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI UDINE**

**hic sunt futura**

**ISTANZA DI TRASFERIMENTO  
AUTOCERTIFICAZIONE DEGLI ESAMI SOSTENUTI E DELLE  
FREQUENZE OTTENUTE PRESSO UN ALTRO ATENEO  
(per richiesta nulla osta al trasferimento al CDL Infermieristica)**

Il/La \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole che, in caso di dichiarazioni false (fermo restando le responsabilità penali stabilite dalla normativa vigente) decadrò, con effetto retroattivo, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, e non avrò diritto al rimborso di tasse e contributi versati

Chiede il trasferimento al \_\_\_\_\_ anno (indicare l'anno di corso) presso il corso di laurea in INFERMIERISTICA, classe SNT/1- sede di \_\_\_\_\_ (indicare Udine o Pordenone) presso l'Università degli Studi di Udine.

**Dichiara sotto la propria responsabilità**

➤ di essere iscritto/a al:

☐ Corso di laurea    ☐ Corso di laurea specialistica    ☐ corso di laurea magistrale in:

\_\_\_\_\_

(Classe di laurea \_\_\_\_\_) dell'Università di \_\_\_\_\_ per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

➤ di essermi immatricolato/a in data \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ anno del:

☐ Corso di laurea    ☐ Corso di laurea specialistica    ☐ corso di laurea magistrale in:

\_\_\_\_\_ per l'a.a. \_\_\_\_/\_\_\_\_

➤ di essere stato/a iscritto/a nei seguenti a.a. presso il seguente Ateneo

A. A.	ANNO DI CORSO	CORSO DI LAUREA LAUREA SPECIALISTICA/LAUREA MAGISTRALE	ATENEO

- di aver superato nella carriera pregressa gli esami di profitto riportati nella seguente tabella.

**Il candidato, presa visione del Bando Equipollenze e Trasferimenti ad anni successivi al primo a.a. 2025-26, deve compilare la tabella come di seguito riportato:**

- 1) deve indicare gli esami sostenuti nella carriera pregressa a fianco degli insegnamenti del CdL dell'Università di Udine di cui chiede il riconoscimento ai fini del trasferimento;**
- 2) deve specificare per ciascun esame il settore scientifico disciplinare (SSD\*\*), il numero di crediti formativi universitari (CFU)\* previsto, la votazione conseguita e la data di conseguimento;**
- 3) inoltre, per ciascun esame, deve indicare nell'apposita colonna un numero progressivo che deve corrispondere a quello con cui deve contrassegnare il corrispondente programma che deve essere allegato alla domanda, al fine di agevolare la valutazione della propria istanza.**
- 4) deve indicare i tirocini svolti come previsto dal Bando;**

**Il candidato può indicare gli altri crediti conseguiti presso l'Ateneo di provenienza per l'eventuale riconoscimento delle attività a scelta.**

I dati inseriti nella tabella saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Udine (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).

N. esame/ Programma	CORSO DI LAUREA DI PROVENIENZA					PIANO DI STUDIO CDL INFERMIERISTICA UNIVERSITA' UDINE		
	CDL _____							
	UNIVERSITA' DI _____							
	Insegnamento di cui si chiede il riconoscimento	SSD**	CFU*	Voto	Data	Corso integrato/Modulo	SSD	CFU
<b>I anno</b>								
						<b>Fondamenti di infermieristica e della relazione assistenziale</b>		
						Psicologia generale	M-PSI/01	1
						Infermieristica generale	MED/45	3
						Psicologia clinica	M-PSI/08	1
						Antropologia culturale	M-DEA/01	1
						Relazione assistenziale	MED/45	2
						<b>Prevenzione e sicurezza nei luoghi di cura</b>		<b>5</b>
						Igiene generale	MED/42	1
						Sicurezza nei luoghi di lavoro	MED/44	1
						Radioprotezione	MED/36	1
						Infermieristica preventiva	MED/45	1
						Sicurezza nell'assistenza	MED/45	1
						<b>Meccanismi biologici fondamentali</b>		<b>5</b>
						Biochimica	BIO/10	2
						Biologia applicata	BIO/13	1
						Genetica medica	MED/03	1
						Fisica applicata	FIS/07	1
						<b>Basi morfo - funzionali del corpo umano</b>		<b>7</b>
						Istologia	BIO/17	1
						Anatomia umana	BIO/16	3
						Fisiologia	BIO/09	3
						<b>Basi di patologia</b>		<b>5</b>
						Patologia generale	MED/04	2
						Immunologia	MED/04	1
						Microbiologia e	MED/07	1

						microbiologia clinica		
						Patologia clinica	MED/05	1
						<b>Infermieristica clinica</b>		<b>7</b>
						Farmacologia generale	BIO/14	2
						Semeiotica	MED/09	1
						Infermieristica clinica: attività di vita quotidiane	MED/45	1
						Infermieristica clinica: sorveglianza del paziente	MED/45	1
						Infermieristica clinica: somministrazione terapia I	MED/45	1
						Infermieristica clinica: adattamento e confort del paziente	MED/45	1
						<b>Attività formativa professionalizzante di  tirocinio</b>	MED/45	<b>16</b>
						<b>Laboratori I</b>	MED/45	<b>1</b>
						<b>Prova di accertamento Inglese B1 standard</b>		<b>3</b>
						<b>Prova di conoscenza Informatica di base</b>		<b>3</b>
<b>II anno</b>								
						<b>Infermieristica clinica in area chirurgica</b>		<b>7</b>
						Chirurgia generale	MED/18	2
						Urologia	MED/24	1
						Anestesiologia	MED/41	1
						Anatomia patologica	MED/08	1
						Infermieristica chirurgica	MED/45	2
						<b>Infermieristica clinica in area medica</b>		<b>8</b>
						Medicina interna	MED/09	2
						Malattie infettive	MED/17	1
						Nefrologia	MED/14	1
						Dermatologia	MED/35	1
						Infermieristica medica	MED/45	1
						Infermieristica nelle malattie infettive	MED/45	1
						Scienze dietetiche	MED/49	1
						<b>Infermieristica clinica in area oncologica</b>		<b>4</b>
						Oncologia medica	MED/06	1
						Ematologia	MED/15	1
						Psico-oncologia	M-PSI/08	1
						Infermieristica oncologica	MED/45	1
						<b>Applicazione percorsi terapeutici</b>		<b>4</b>
						Farmacologia	BIO/14	2
						Infermieristica nella somministrazione della terapia II	MED/45	2
						<b>Infermieristica clinica in area chirurgica specialistica</b>		<b>4</b>
						Otorinolaringoiatria	MED/31	1
						Oculistica	MED/30	1
						Maxillofacciale	MED/29	1

						Infermieristica nelle specialità	MED/45	1
						<b>Infermieristica clinica nella cronicità e disabilità</b>		<b>6</b>
						Geriatria	MED/09	1
						Neurologia	MED/26	1
						Reumatologia	MED/16	1
						Scienze riabilitative	MED/48	1
						Infermieristica nella cronicità e disabilità	MED/45	1
						Infermieristica clinica nell'anziano	MED/45	1
						<b>Attività formativa professionalizzante di tirocinio</b>	MED/45	<b>20</b>
						<b>Laboratori II</b>	MED/45	<b>1</b>
<b>III anno</b>								
						<b>Gestione del rischio clinico e tutela del paziente</b>		<b>11</b>
						Medicina legale	MED/43	1
						Statistica medica	MED/01	2
						Epidemiologia	MED/42	1
						Management sanitario	MED/42	1
						Diritto del lavoro	IUS/07	1
						Bioetica	M-FIL/03	1
						Evidenze scientifiche per l'infermieristica	MED/45	2
						Esercizio della professione infermieristica	MED/45	1
						Metodologia di organizzazione processi assistenziali	MED/45	1
						<b>Infermieristica clinica in urgenza/emergenza</b>		<b>6</b>
						Medicina d'urgenza	MED/09	1
						Chirurgia d'urgenza	MED/18	1
						Rianimazione ed emergenza	MED/41	1
						Infermieristica criticità vitale	MED/45	2
						Ortopedia e traumatologia	MED/33	1
						<b>Infermieristica clinica in area materno-infantile</b>		<b>4</b>
						Pediatria	MED/38	1
						Ginecologia/ostetricia	MED/40	1
						Infermieristica ostetrica	MED/47	1
						Infermieristica pediatrica	MED/45	1
						<b>Infermieristica nella comunità</b>		<b>5</b>
						Psichiatria	MED/25	1
						Infermieristica nella salute mentale e psichiatrica	MED/45	1
						Pedagogia	M-PED/01	1
						Infermieristica educativa	MED/45	1
						Infermieristica di comunità	MED/45	1
						<b>Attività formativa professionalizzante di tirocinio</b>	MED/45	<b>24</b>
						<b>Laboratori III</b>	MED/45	<b>1</b>
						Seminari		<b>3</b>
						A scelta dello studente		<b>6</b>



## DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

### ALLEGA

- Copia del documento di identità munito di fotografia e in corso di validità;
- programmi dei corsi in ordine progressivo rispettando la numerazione data agli esami di profitto (i programmi sono quelli rispondenti agli esami sostenuti e devono essere tratti dalla Guida dello studente oppure sottoscritti dal professore ufficiale della materia oppure scaricati dal sito internet dell'Università di provenienza. In quest'ultimo caso deve comparire il logo dell'Università);
- piano degli studi ufficiale del corso di Laurea di provenienza (riportante tutte le discipline, ore, CFU) tratto dalla Guida dello studente
- dichiarazione sostitutiva di certificazione dalla quale risultino tutti gli esami sostenuti con le relative votazioni, i CFU\* (crediti formativi universitari) ed i SSD\*\* (settori scientifico disciplinari);
- nel caso di titoli conseguiti all'estero è obbligatorio allegare la dichiarazione di valore o in alternativa l'attestato di comparabilità (CIMEA) del titolo. Per ulteriori informazioni fare riferimento al paragrafo "Iscrizioni studenti stranieri e studenti con titolo di studi straniero" del Bando equipollenze e trasferimenti ad anni successivi al primo per le professioni sanitarie pubblicato sulla pagina web del corso di laurea [www.uniud.it/it/infermieristica](http://www.uniud.it/it/infermieristica) alla voce iscrizione.

L'istanza di trasferimento, corredata del curriculum degli studi e dei programmi degli esami sostenuti e presentata dallo studente, viene esaminata e definita dalla Commissione preposta. La Commissione, che ha potere deliberante, può avvalersi del parere dei Presidenti della Commissione dell'esame di profitto e/o dei docenti delle discipline di cui è stata chiesta la convalida.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che la Commissione prenderà in esame esclusivamente quanto richiesto dall'interessato/a e riportato nella presente istanza. Non è ammesso integrare la documentazione presentata oltre il termine di scadenza del presente bando.

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

firma leggibile per esteso