



Ministero della Salute

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorio riguardante il
CORSO DI FORMAZIONE

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI
UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA

DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Région Autonome
Valle d'Aoste
Regione Autonoma
Valle d'Aosta

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

DICHIARA

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: _____,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a _____

_____ che il relativo percorso
formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

1 2 3 4 5 per complessive ore: _____ __ così suddivise:

<p>1° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p>2° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p>3° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p>4° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p>5° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, il/la sottoscritto/a **allega copia** del programma del corso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia è autentica e conforme all'originale.

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata