Ministero della Salute	**A L L E G A T O D** Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante **ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA** 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)	logo regione

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

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa autonoma/libero professionale in qualità di libero professionista, impresa individuale o socio di ente, studio, società, cooperativa:

*(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la **Professione Sanitaria** per la quale si chiede l'equivalenza, e deve essere stata svolta per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011).*

Tipologia attività lavorativa:

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*_____

Attività svolta_____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * *(escluse le eventuali interruzioni)*: _____
(*mesi/anni)*

==========

Tipologia attività lavorativa:

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

* L'indicazione della **durata** è **obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale.

Atto: DIRSALUTE 2023/102 del 06-07-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5C.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*__ _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(*mesi/anni)*

==========

Tipologia attività lavorativa:

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*__ _____

Attività svolta_____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società_____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * *(escluse le eventuali interruzioni)*: _____
(*mesi/anni)*

==========

Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma: _____
(anni – mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

_____ _____

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

La firma non va autenticata

Atto: DIRSALUTE 2023/102 del 06-07-2023
Servizio proponente: DS.AA.02.5C.03
Copia Del Documento Firmato Digitalmente