|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministero della Salute | **A L L E G A T O B**  Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto 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) | [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT9PVJeYcuOB_hju6vEDIzWJe7VDpGub-4WP96M5-7vB6nn8r9x](http://www.google.it/imgres?imgurl=http://www.famiglienumerose.org/news_files/logo_regione_molise.jpg&imgrefurl=http://www.famiglienumerose.org/news.php?idnews=3949&h=251&w=199&sz=8&tbnid=sdY2kmneCMPnWM:&tbnh=90&tbnw=71&zoom=1&usg=__xR7-twIOZH4UNqBMq9anTIlUAJc=&docid=G5GFhJGsVDxahM&sa=X&ei=e70lUsi1JYmM7Aa6mYCwDQ&sqi=2&ved=0CEsQ9QEwBA&dur=986) |

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nome e Cognome)*

nata/o 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:

|  |  |
| --- | --- |
| **1° anno** – ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:    - ore di formazione teorica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - ore di formazione pratica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **2° anno** – ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:      - ore di formazione teorica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - ore di formazione pratica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3° anno** - ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:      - ore di formazione teorica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - ore di formazione pratica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **4° anno** – ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:    - ore di formazione teorica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    - ore di formazione pratica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **5° anno** – ore totali: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui:      - ore di formazione teorica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - ore di formazione pratica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Data** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**  La firma non va autenticata |

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **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 |