Ministero della Salute

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante la

conformità ed autenticità dei TITOLI

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

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011

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

REGIONE MOLISE

Il/la sottoscritto/a

_____

(Nome e Cognome)

SERVIZIO SEGRETERIA GIUNTA REGIONALE

nato/a a _____ il ____/____/____

(Luogo di nascita)

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

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 dell'art. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che la copia dei seguenti titoli allegata alla presente è autentica e conforme all'originale:

	Indicare la denominazione del titolo e la data di conseguimento	**Indicare l'Ente che ha rilasciato il titolo**
1		
2		
3		
4		

_____ _____

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

La firma non va autenticata