Ministero della Salute

A L L E G A T O A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il

TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZA

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)

Regione Umbria

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)

nata/o a _____ Prov._____ il _____/_____/_____
(Luogo di nascita)

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. 19, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:

Denominazione del titolo: _____

Tipologia del titolo: □ Diploma di Qualifica Professionale □ Attestato di Qualifica Professionale

□ Diploma di Scuola Superiore □ Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali □ Diploma Universitario □ Laurea

□ Altro (specificare)_____

Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:

_____
(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)

Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione:

_____
(Es.: delibere regionali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)

Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:

_____

Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:

_____
(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)

Indirizzo sede: _____
(Comune, Provincia)

Data di conseguimento: |_____|_____|_____| **Anno scolastico/accademico** _____

_____ _____

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

La/il sottoscritta/o **allega alla presente la copia** del titolo stesso 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 del titolo è autentica e conforme all'originale.

_____ _____

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