Ministero della Salute

A L L E G A T O C

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PUBBLICO

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)

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 subordinata:

*(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).*

***N.B.:** non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.*

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale_____%, durata: _____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).

* L'indicazione della **durata** (anche parziale, cioè part-time) 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.

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale_____%, durata: _____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

_____

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale_____%, durata: _____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

_____

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

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti 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