



Ministero della Salute

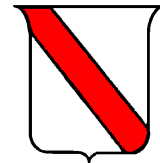
ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante il

CORSO DI FORMAZIONE

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)



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

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

In relazione al titolo denominato _____

rilasciato dall'Ente _____ in data _____

che il relativo percorso formativo, svolto nel territorio di codesta Regione/Provincia autonoma:

- ha avuto una durata di anni: 1 2 3 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: _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata