



Ministero della Salute

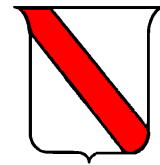
ALLEGATO D

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA

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

di aver svolto la seguente eventuale attività lavorativa:

(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)

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Durata complessiva esperienza lavorativa:

(anni – mesi)

Dichiara inoltre che la copia dei seguenti documenti allegata alla presente è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata