



ALLEGATO 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)**



Ministero della
Salute

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