



Ministero della Salute

## ALLEGATO 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)



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 di Educatore Professionale Socio Sanitario, 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 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 complessiva\*: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi)

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

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 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 complessiva\*: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi)

<b>Durata* complessiva esperienza lavorativa:</b> _____ (anni - mesi)
--

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