



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)



Région Autonome  
**Vallee d'Aoste**  
Regione Autonoma  
**Valle d'Aosta**

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 della Regione Autonoma Valle d'Aosta:

- 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