



Ministero della Salute

## ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorio riguardante il  
**CORSO DI FORMAZIONE**

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)



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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo di nascita)

### DICHIARA

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 degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: \_\_\_\_\_,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ che il relativo percorso  
formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

1      2      3      4      5      per complessive ore: \_\_\_\_\_ \_\_ così suddivise:

<p><b>1° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>2° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>3° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>4° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>5° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, il/la sottoscritto/a **allega copia** del programma del corso 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 è autentica e conforme all'originale.

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata