



Ministero della Salute

## ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto 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)

Regione Siciliana



Assessorato della Salute  
Dipartimento Attività Sanitarie e  
Osservatorio Epidemiologico

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nata/o 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:

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

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

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

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **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