



Ministero della Salute

ALLEGATO D

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA

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

Il/la sottoscritto/a _____

(Nome e Cognome)

nato/a 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 autonoma/libero professionista in qualità di libero professionista, impresa individuale o socio di ente, studio, società, cooperativa:

*(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** per la quale si chiede l'equivalenza, e deve essere stata svolta per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011).*

Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista:

singolo

per società/coop

Partita IVA | _ _ _ _ _ |

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (*spec.*) _____

Codice attività | _ _ _ _ _ | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo*) _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____

(gg/mm/aaaa)

(gg/mm/aaaa)

Durata attività * (*escluse le eventuali interruzioni*): _____

(mesi/anni)

Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista:

singolo

per società/coop

Partita IVA | _ _ _ _ _ |

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (*spec.*) _____

* L'indicazione della **durata** è **obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale.

Codice attività | __ | __ | __ | __ | __ | __ | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (indirizzo) _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(mesi/anni)

=====
Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista: singolo
 per società/coop

Partita IVA | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ |

Codice Fiscale | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ | __ |

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (spec.) _____

Codice attività | __ | __ | __ | __ | __ | __ | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (indirizzo) _____

Attività svolta _____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(mesi/anni)

=====
Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma: _____
(anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata è autentica e conforme all'originale:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

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