



D O M A N D A
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del
pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle
Professioni Sanitarie ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.
D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Spett.le
 Provincia autonoma di Trento
 Servizio professioni sanitarie, formazione e rapporti con le Università
 via Gilli 4 – 38121 Trento
 PEC: serv.personalesanitarioeuniversita@pec.provincia.tn.it

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

La /Il Sottoscritta/o _____
 (Nome e Cognome)

nata/o a _____ il | ____ | ____ | ____ |
 (Luogo di nascita)

Codice Fiscale | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di: (effettuare un'unica scelta barrando la casella d'interesse)

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO
AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE ☐ Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) ☐ Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) ☐ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) ☐ Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) ☐ Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) ☐ Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) ☐ Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionamento Cardiovascolare (DM n. 316/98) ☐ Igienista Dentale (DM n. 137/99) ☐ Dietista (DM n. 744/94)
AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE ☐ Podologo (DM n. 666/94) ☐ Fisioterapista (DM n. 741/94) ☐ Logopedista (DM n. 742/94) ☐ Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) ☐ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) ☐ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) ☐ Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) ☐ Educatore Professionale (DM n. 520/98)
AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE ☐ Infermiere (DM n. 739/94) ☐ Ostetrica/o (DM n. 740/94) ☐ Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE ☐ Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) ☐ Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità DICHIARA di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato, e/o svolto presso codesta Provincia autonoma:

(Indicare la denominazione del titolo)

conseguito entro il 17 marzo 1999, ovvero il | ____ | ____ | ____ | al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, presso : _____

(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)

DICHIARA

☐ di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

☐ di NON aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

DICHIARA di essere iscritto:

☐ all'Elenco Speciale per la professione di _____ della Provincia di: _____

☐ all'Albo per la professione di _____ della Provincia di: _____

☐ di non essere iscritto ad alcun Albo professionale o Elenco speciale

- di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività: _____

presso: _____

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, ulteriori rispetto al titolo di cui chiede l'equivalenza:

☐ Diploma Scuola Media ☐ Diploma di Qualifica Professionale ☐ Attestato di Qualifica Professionale

☐ Diploma Scuola Superiore ☐ Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali ☐ Diploma Universitario ☐ Laurea

☐ Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

DICHIARA inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto dei termini indicati all'art. 10 della "Procedura per la presentazione delle domande".

ALLEGA alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, B, ecc.) completamente compilate e, in aggiunta, include:

- la copia in carta semplice di un **valido documento d'identità** personale;

- un apposito **elenco**, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate.

DICHIARA di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l'amministrazione disporrà l'applicazione delle norme penali previste e la decadenza da ogni beneficio, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

Data _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

CHIEDE infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Nome e Cognome _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

n. telefonico _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Data _____ Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

Informativa Privacy

In base al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) (di seguito Regolamento) “ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano”. I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell’interessato e i suoi diritti.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni relativi al trattamento dei dati personale che vengono conferiti con la partecipazione al presente avviso.

Sono Titolari autonomi del Trattamento: Il Ministero della Salute e la Provincia Autonoma di Trento.

Il Responsabile della protezione dei dati personali del Ministero della Salute è raggiungibile al seguente indirizzo: Ministero della salute - Responsabile della protezione dei dati personali, viale Giorgio Ribotta, n. 5- 00144 Roma, email: rpd@sanita.it

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Provincia Autonoma di Trento è raggiungibile al seguente indirizzo: via Mantova, n. 67, 38122 Trento, fax 0461.499277, email idprivacy@provincia.tn.it (indicare nell’oggetto “Richiesta intervento RPD ex art. 38 Reg. UE”).

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Provincia Autonoma di Trento e dal Ministero della Salute per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico e, pertanto, ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso.

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è la gestione della domanda volta al riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 e dal conseguente DPCM 26 luglio 2011.

I dati personali forniti dai richiedenti in sede di presentazione delle domande di cui al presente Avviso, o comunque acquisiti a tal fine, sono trattati con modalità elettroniche e cartacee mediante operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione, ai soli fini dell’espletamento delle procedure per il riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal DPCM 26 luglio 2011, e per le relative verifiche, nel rispetto della normativa in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali, nonché alla libera circolazione nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati raccolti potranno essere trattati, in forma aggregata, anche a fini statistici.

Il trattamento dei dati è svolto dai soggetti autorizzati dai titolari, o dai designati dagli stessi, nonché dai soggetti che operano per conto dei titolari, ai sensi dell’articolo 28 del Regolamento (UE) 2016/679, quali Responsabili del Trattamento, che agiscono sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate al Ministero della Salute e alle ulteriori Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura, o alle relative verifiche, per il riconoscimento dell’equivalenza. Non è previsto il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell’articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato dal tempo stabilito dalle regole interne proprie all’Amministrazione ministeriale, regionale, provinciale e da leggi e regolamenti in materia.

All’interessato competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l’accesso ai dati personali, la rettifica, l’integrazione o, ricorrendone gli estremi e qualora questo non pregiudichi le attività e gli obblighi connessi alla procedura di riconoscimento, la cancellazione, la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Inoltre, ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell’articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati necessari a dar corso alla procedura di riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree è obbligatorio e la loro mancata comunicazione preclude lo svolgimento della procedura stessa.

Data _____

Firma per presa visione _____

(per esteso e leggibile)

**ALLEGATO A**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il

TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZARICONOSCIMENTO 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)

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)nata/o a _____ Prov. _____ Il ____ / ____ / ____
(Luogo di nascita)

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. 19, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:

Denominazione del titolo: _____**Tipologia del titolo :** ☐ Diploma di Qualifica Professionale ☐ Attestato di Qualifica Professionale☐ Diploma di Scuola Superiore ☐ Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali ☐ Diploma Universitario ☐ Laurea☐ Altro (specificare) _____**Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:**_____
(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)**Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione:**_____
(Es.: delibere regionali/provinciali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali/provinciali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)**Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:****Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:**_____
(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)**Indirizzo sede:** _____
(Comune, Provincia)**Data di conseguimento:** ____ / ____ / ____ **Anno scolastico/accademico** __________
Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata

La/il sottoscritta/o **allega alla presente la copia** del titolo stesso 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 del titolo è autentica e conforme all'originale.

Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata



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)



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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 Provincia ed ha avuto una durata di anni:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 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: _____	4° anno – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
5° 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

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



Ministero della Salute

A L L E G A T O 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)**

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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** 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).***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*:** ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale _____ %, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)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)***** Con Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).*** L'indicazione della durata** (anche parziale, cioè part-time) 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.

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

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*: ☐ Tempo pieno, durata: _____ ☐ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Durata* complessiva esperienza lavorativa:

(anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti 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

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

* L'indicazione della **durata** (anche parziale, cioè part-time) 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.



Ministero della Salute

ALLEGATO C-1

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante
ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PRIVATO

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)



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)

nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

[illegible]

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** 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).*

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 Privato:

Indirizzo sede legale

[illegible]**Tipologia contratto:**

C.C.N.L. e settore	Inquadramento livello
--------------------	-----------------------

☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato** del tipo:

☐ Continuativo; ☐ In sostituzione/A chiamata;

☐ Altro (*specificare*):

Qualifica	Mansione
-----------	----------

Luogo di lavoro	Attività svolte

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 e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata 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, sostituzione maternità, a chiamata, stagionale, ecc.).

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] e/o Partita IVA Ente [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato ** del tipo:☐ Continuativo; ☐ In sostituzione/A chiamata;☐ Altro (specificare): _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

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 e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

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

_____ (anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti 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



ALLEGATO C-2
Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante
DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA PRIVATA
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)



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____ / ____ / ____
(Luogo di nascita)

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. 19, D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** che, al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese, le copie dei documenti allegati alla domanda relativi all'attività lavorativa svolta alle dipendenze di enti privati o autonomo/libero professionale, e di seguito elencati, sono autentici e conformi all'originale:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata



A L L E G A T O 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)



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

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

1

2