



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
TOSCANA



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:

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

Al fine di garantire il corretto punteggio che permetterà la valutazione dell'equivalenza o quantomeno il riconoscimento dei crediti dovuti, si invita in via collaborativa a trasmettere in allegato copia del programma del corso.