



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  
AL TITOLO UNIVERSITARIO DI EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO  
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE  
TOSCANA



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 professionale 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 di Educatore Professionale** 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.



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