Ministero della Salute	**A L L E G A T O 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 Umbria

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

nato/a 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

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, il/la sottoscritto/a **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