



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)



Provincia Autonoma di Bolzano  
- Alto Adige  
Autonome Provinz Bozen -

La /Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ 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:

<b>1° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	<b>2° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
<b>3° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	<b>4° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
<b>5° anno</b> – 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*