



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
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)

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 professionista 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** 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.) _____

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

