



## ALLEGATO C-2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante

### **DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITÀ LAVORATIVA PRIVATA**

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO

AI TITOLI UNIVERSITARI ABILITANTI ALLE PROFESSIONI SANITARIE

ex art. 6, comma 3, del D.Lgs. 502/92 s.m.i.

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/02/2011, recepito con

D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE  
ABRUZZO



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Luogo di nascita)

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 dell'art. 19, D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** che, al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese, le copie dei documenti allegati alla domanda relativi all'attività lavorativa svolta alle dipendenze di enti privati o autonomo/libero professionale, e di seguito elencati, sono autentici e conformi all'originale:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata