



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