Ministero della Salute

A L L E G A T O C-2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante

DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA PRIVATA

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI delle PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE, dell'area INFERMIERISTICA e OSTETRICA

Regione Marche

DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

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