



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  
AL TITOLO UNIVERSITARIO DI EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO  
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)*

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 professionale 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 dell'area della Prevenzione** 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:**

- Libero professionale
- Impresa individuale
- Socio di società/Cooperativa

Partita IVA | \_ \_ \_ \_ \_ |

Codice Fiscale | \_ \_ \_ \_ \_ |

Denominazione impresa/società/Cooperativa \_\_\_\_\_

Stato:  in attività  cessata  altro (*spec.*) \_\_\_\_\_

Codice attività | \_ \_ \_ \_ \_ | Descrizione codice attività \_\_\_\_\_

\* L'indicazione della **durata è obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale.

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:**

Libero professionale                       Impresa individuale                       Socio di società/ Cooperativa

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 assunto nell'ambito di una Società \_\_\_\_\_

Inizio attività \_\_\_\_\_ Termine attività \_\_\_\_\_  
(*gg/mm/aaaa*) (*gg/mm/aaaa*)

Durata attività \* (*escluse le eventuali interruzioni*): \_\_\_\_\_  
(*mesi/anni*)

=====

<p><b>Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma:</b> _____ (<i>anni - mesi</i>)</p>
--

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata è autentica e conforme all'originale:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**  
La firma non va autenticata