



## ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il

### CORSO DI FORMAZIONE

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)



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

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

### DICHIARA

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 degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: \_\_\_\_\_

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ che il relativo percorso  
formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   per complessive ore: \_\_\_\_\_ così suddivise:

<b>1° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	<b>2° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
<b>3° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	<b>4° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
<b>5° anno</b> – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	

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

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

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **allega copia** del programma del corso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia è autentica e conforme all'originale.

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

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

La firma non va autenticata