



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  
AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA  
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Provincia Autonoma di Bolzano  
- Alto Adige  
Autonome Provinz Bozen -

La /Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ 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** 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:**

- 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:**

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)

=====

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

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