



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 - Südtirol

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a 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, ditta individuale o socio di ente, studio, società, cooperativa:

(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività sanitaria coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione 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:

Libero professionale

Impresa individuale

Socio di società/ Cooperativa

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

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

Denominazione impresa/società _____

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 _____
(gg/mm/aaaa)

Termine attività _____
(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 _____

Stato: in attività cessata altro (spec) _____

* 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 periodo lavorativo 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.

