



Ministero della Salute

## ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il  
**TITOLO** di cui si chiede l'**EQUIVALENZA**  
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 \_\_\_\_\_ 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, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:

**Denominazione del titolo:** \_\_\_\_\_

<b>Tipologia del titolo :</b>	Diploma di Qualifica professionale	Attestati di Qualifica Professionale
Diploma di Scuola Superiore	Dipl. Scuola Dietta a Fini Speciali	Diploma Universitario
Laurea	Altro (specificare) _____	

**Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:** \_\_\_\_\_

(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)

**Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/ autorizzazione:**

\_\_\_\_\_  
(Es.: delibere regionali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)

**Eventuale numero di protocollo o specificazioni riportate sul titolo:** \_\_\_\_\_

**Denominazione ente o struttura formativa che ha rilasciato il titolo**

\_\_\_\_\_  
(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)

**Indirizzo sede** \_\_\_\_\_  
(Comune, Provincia),

**Data di conseguimento:** [ \_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_ ] [ \_\_\_\_ ] **Anno scolastico/accademico** \_\_\_\_\_

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

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

La firma non va autenticata

Nel caso in cui il titolo autocertificato sia stato conseguito presso un **ente formativo privato**, il/la sottoscritto/a **allega alla presente la copia** del titolo stesso al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese. A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia del titolo allegata alla presente è autentica e conforme all'originale.

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

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

La firma non va autenticata