



Ministero della Salute

ALLEGATO C1

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il
ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PRIVATO
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 subordinata:

(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).

N.B.: non può essere considerata "attività lavorativa" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente | _ _ _ _ _ | e/o Partita. IVA Ente | _ _ _ _ _ |

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

Tempo indeterminato

Tempo determinato **del tipo:

Continuativo

In sostituzione/A chiamata

Altro (specificare) _____

Qualifica _____ Mansioni _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata*: Tempo pieno, durata: _____ (anni - mesi) Tempo parziale _____ %, durata _____ (anni - mesi)

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, sostituzione maternità, a chiamata, stagionale, ecc.).

* L'indicazione della durata (anche parziale, cioè part-time) 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.

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] e/o Partita. IVA Ente [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

Tempo indeterminato

Tempo determinato **del tipo:

Continuativo

In sostituzione/A chiamata

Altro (specificare) _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata*: Tempo pieno, durata: _____ (anni - mesi) Tempo parziale _____ %, durata _____ (anni - mesi)

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____ (anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti 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