

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE
PER IL RILASCIO DELL'ATTESTATO DI CONFORMITA' ALLA DIRETTIVA COMUNITARIA
2005/36/CE DI TITOLO ABILITANTE ALL'ESERCIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE
CON FORMAZIONE TRIENNALE E ARTI AUSILIARIE**

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a _____ Provincia di _____
_____ Nazione _____ il ____/____/____ e residente a
_____ Provincia di _____ Nazione _____ in Via

_____ n _____ c.a.p

tel _____ indirizzo e-mail _____
_____ documento di riconoscimento, in corso di validità: -

n. del documento _____ rilasciato da:
_____ (*allegare copia del documento*)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci decade dai benefici ottenuti e incorre nelle sanzioni penali previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 e dell'art. 15, comma 1, della Legge n. 183/2011

DICHIARA

- di essere in possesso del titolo di _____
_____ (*indicare la denominazione del titolo: laurea/diploma/attestato*), conseguito il _____ giorno _____ (*indicare gg/mm/aaaa*) presso

_____ (*indicare il nome dell'Istituto scolastico o Università*),
con sede in _____ (*indicare la città in cui ha sede l'Istituto o Università*);

- di aver conseguito la qualifica di : _____;

(segue)

- che la durata legale del corso è stata di anni: _____, con data di immatricolazione al corso: _____;

- che il corso si è svolto interamente in Italia SI NO

- se il titolo è stato riconosciuto in Italia, indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento:

- di essere iscritto presso il Collegio professionale: _____ della
Provincia di _____ dal giorno ____/____/_____
_____/_____/_____(*indicare gg/mm/aaaa*), con il numero di posizione _____;

non essere stato iscritto in precedenza presso altro Collegio provinciale;

essere stato iscritto in precedenza presso altro Collegio provinciale

In caso di precedente iscrizione indicare di seguito in ordine cronologico:

il Collegio di provenienza	Data di iscrizione (gg/mm/aaaa)	Numero di iscrizione	Data di cancellazione (gg/mm/aaaa)
• _____	____/____/____	n. _____	____/____/____
• _____	____/____/____	n. _____	____/____/____
• _____	____/____/____	n. _____	____/____/____
• _____	____/____/____	n. _____	____/____/____

- di (*barrare la voce che interessa*):

avere in corso

non avere in corso

_____ misure o sanzioni di carattere disciplinare o amministrative riguardanti l'esercizio della professione

- di (*barrare la voce che interessa*):

avere riportato in passato

non avere riportato in passato

_____ misure o sanzioni di carattere disciplinare o amministrative riguardanti l'esercizio della professione

Nel caso in cui vi siano in corso o siano state riportate in passato sanzioni disciplinari o amministrative, indicarle di seguito: _____

- di (*barrare la voce che interessa*):

avere riportato in passato

non avere riportato in passato

condanne penali, che comportano un divieto od una restrizione all'esercizio dell'attività professionale.

Nel caso in cui siano state riportate, indicarle di seguito:

- di svolgere o avere svolto le seguenti attività lavorative inerenti la qualifica:

(luogo e data)

(firma autografa del richiedente)

Avvertenze:

Informativa ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196: il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati con strumenti cartacei e/o informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.