

Spett.le ATS Città Metropolitana di Milano
SC Igiene e Sanità Pubblica

Sede di.....

Via.....

Comune.....

AUTOCERTIFICAZIONE DEL POSSESSO DEI TITOLI DI STUDIO PER PROFESSIONI SANITARIE

Il/la sottoscritto/a Cognome Nome

Codice Fiscale Sesso ☐ M ☐ F Data di nascita

Luogo di nascita: Stato Provincia Comune

Residenza: Provincia Comune

Via/Piazza n° C.A.P.

Domicilio: Provincia..... Comune

Via/Piazza n°
C.A.P.....

Cittadinanza

..... Telefono

..... Cellulare Fax e-.....

mail PEC

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, nel caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e che tali violazioni comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in
in data presso l'Università di
- di aver conseguito il Diploma Professionale di
in data presso la scuola Via/Piazza
..... n° C.A.P.
- Provincia Comune
- ▪ di essere iscritto all'albo professionale

dei/degli di
al n. dal

- (se pertinente) di aver acquisito l'equipollenza o il riconoscimento del titolo rilasciato da paesi extra-comunitari rilasciata dal Ministero in data con provvedimento n.
..... ▪ (se pertinente per le professioni sanitarie riabilitative) di aver acquisito l'equivalenza rilasciata dal Ministero in data con provvedimento n.

ALLEGA

1. fotocopia fronte e retro del documento di identità in corso di validità (in carta semplice)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS Milano;
- di essere informato che la Pubblica Amministrazione potrà eseguire i controlli previsti dalle leggi in materia di autocertificazione (art. 71 D.P.R. 445/2000).

Data

(firma del dichiarante)

.....