Ministero della Salute	**ALLEGATO C1** Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante **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)	Regione Calabria

La/Il sottoscritta/o: _____
(Nome e Cognome)

nata/o a: _____ Prov _____ 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 coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la **Professione Sanitaria** 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" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.*

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[1] 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[2] complessiva *(anni - mesi)*: _____

Ente Privato: _____

[1] Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, sostituzione maternità, a chiamata, stagionale, ecc.)
[2] 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 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.

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[1] 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[2] complessiva *(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

_____