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)

…………………………………….