



Ministero della Salute

**ALLEGATO A**  
Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il  
**TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZA**

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO  
AL TITOLO UNIVERSITARIO DI EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO  
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo di nascita)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:

**Denominazione del titolo:** \_\_\_\_\_

**Tipologia del titolo :**    Diploma di Qualifica Professionale                    Attestato di Qualifica Professionale  
     Diploma di Scuola Superiore    Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali    Diploma Universitario                    Laurea  
     Altro (specificare)\_\_\_\_\_

**Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:**

(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)

**Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione:**

(Es.: delibere regionali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)

**Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:**

**Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:**

(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)

**Indirizzo sede:** \_\_\_\_\_  
(Comune, Provincia)

**Data di conseguimento:** | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |   **Anno scolastico/accademico** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data**

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**  
La firma non va autenticata

La/il sottoscritta/o **allega alla presente la copia** del titolo stesso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i, che la copia del titolo è autentica e conforme all'originale.

\_\_\_\_\_

**Data**

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**  
La firma non va autenticata