

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. n. 445/2000**  
(scrivere in stampatello)

Il/la sottoscritto/a *cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (PR. \_\_\_\_\_) consapevole che chiunque  
rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e ai sensi e per gli  
effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, DICHIARA quanto segue:

**STUDI**➤ **Diploma di maturità quinquennale** (descrizione)

conseguito nel	

➤ **Altro**


➤ **Laurea di 1<sup>^</sup> livello in Infermieristica o titolo equipollente** (ossia: Diploma Universitario di Infermiere, Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, Diploma di Infermiere Professionale)

conseguito nel	

➤ **Altri studi**

descrizione	durata in ore	organizzato e/o presso	

**ATTIVITA' LAVORATIVA ATTUALE**

Ospedale/clinica/ libero professionale	reparto o settore	dal

**Altre ATTIVITA' LAVORATIVE SVOLTE inerenti la professione infermieristica**

Ospedale/clinica/ libero professionale	dal	al

**CORSI DI AGGIORNAMENTO /CONVEGNI**

tipo	durata in ore	organizzato e/o presso
Esempio: Le responsabilità infermieristiche	1 giornata =6 ore	IPASVI Roma 24 gennaio 1999

Si autorizza l'utilizzo dei dati su indicati ai sensi della legge sulla n.675/96

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

