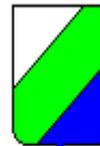




Ministero della Salute

AVVISO PUBBLICO
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA
DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA
SANITARIA, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i..
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Abruzzo



Deliberazione di Giunta regionale n. 899 del 23 dicembre 2011.

Si porta a conoscenza degli interessati che sono aperti i termini di presentazione delle domande per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie di:

- **Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94)**
- **Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94)**
- **Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94)**
- **Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95)**
- **Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94)**
- **Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94)**
- **Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (DM n. 316/98)**
- **Igienista Dentale (DM n. 137/99)**
- **Dietista (DM n. 744/94)**

**Professioni Tecnico
Sanitarie**

Articolo 1

Effetti e modalità di riconoscimento dell'equivalenza

1. Il riconoscimento dell'equivalenza del titolo posseduto è attribuito ai soli fini dell'esercizio professionale, sia subordinato che autonomo, ed è condizionato al raggiungimento del punteggio previsto, secondo quanto indicato all'art. 3 dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito nel DPCM 26 luglio 2011.
2. Qualora non sia raggiunto il punteggio previsto, il riconoscimento stesso è subordinato alla effettuazione di un percorso di compensazione formativa stabilito in base a criteri individuati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Articolo 2

Titoli riconoscibili

1. Possono essere presi in considerazione esclusivamente i titoli rispondenti alle seguenti caratteristiche:
 - a) devono essere stati **conseguiti entro il 17 marzo 1999**, ed il relativo corso formativo deve essere iniziato **entro il 31 dicembre 1995**;
 - b) devono essere stati conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari (si vedano in proposito i decreti ministeriali sopra citati in corrispondenza di ogni Professione Sanitaria);
 - c) devono aver consentito l'esercizio professionale, in conformità all'ordinamento allora vigente;
 - d) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Abruzzo o da altri Enti preposti allo scopo*, e svolti nell'ambito del territorio della Regione Abruzzo.
2. Nel suo interesse il richiedente può allegare alla domanda certificazioni ed eventuali documenti idonei a comprovare la conformità del titolo all'ordinamento in vigore al momento del suo conseguimento e che i relativi corsi sono stati regolarmente autorizzati dalla Regione Abruzzo o da altri Enti preposti allo scopo*.

* Si precisa che con la locuzione "Enti preposti allo scopo" si intende far riferimento a quegli Enti pubblici che, in base alla normativa vigente all'epoca, erano preposti istituzionalmente o all'espletamento dei corsi di

ALLEGATO 1 – parte integrante e sostanziale della determina dirigenziale n. DG12/01 dell'11.01.2012

formazione/qualifica/abilitazione, o al rilascio delle autorizzazioni a corsi, che poi - in concreto - possono essere stati svolti/gestiti anche da Enti privati.

Articolo 3

Titoli non valutabili ai fini del riconoscimento

1. Non sono valutabili ai fini del riconoscimento dell'equivalenza i seguenti titoli/diplomi/attestati/qualifiche comunque denominati e da chiunque rilasciati:
 - a) Infermiere generico (legge 29/10/1954 n° 1046, art. 6 D.P.R. n. 225/74);
 - b) Infermiere psichiatrico (art. 24 del R.D. 16/08/1909, n. 615, legge 29/10/1954 n° 1046);
 - c) Puericultrice (artt. 12 e 13 legge 19 luglio 1940, n. 1098);
 - d) Ottici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - e) Odontotecnici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della Sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - f) Addetti/assistenti alla poltrona dentistica/odontoiatrica;
 - g) Titoli di massofisioterapista conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - h) Massaggiatori (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - i) Capo bagnino degli stabilimenti idroterapici (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - j) Massaggiatori sportivi (legge 26 ottobre 1971, n. 1099 sulla "Tutela sanitaria delle attività sportive, decreto 5 luglio 1975 del Ministero per la sanità);
 - k) titoli universitari rilasciati dalla Facoltà di Pedagogia/Scienze della Formazione per educatore professionale conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - l) titoli universitari ISEF, Scienze Motorie;
 - m) titoli di operatore strumentista (C.C.N.L. ANISAP);
 - n) diplomi di infermiera volontaria di Croce rossa che, con la legge del 4 febbraio 1963 n. 95, furono equiparati al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico;
 - o) titoli rilasciati agli infermieri militari previsti dall'ordinamento del personale civile dello Stato dal Decreto 124/71 del 25 febbraio, articolo 10, e dal D.M. n. 19 del 12/12/90.
2. Non verranno presi in considerazione titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai Decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99 (Allegato A – elenco riferimenti normativi equipollenze titoli).

Articolo 4

Produzione del titolo

1. Il titolo di cui si richiede il riconoscimento dell'equivalenza deve essere prodotto in copia autenticata. Ai sensi dell'art. 19 del decreto DPR 445/2000, i titoli oggetto di valutazione possono essere presentati anche in fotocopia semplice con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale (Allegato B).

Articolo 5

Elementi per la valutazione del titolo

1. Al fine di consentire la valutazione del titolo ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito nel DPCM 26 luglio 2011, il richiedente dovrà fornire idonee specificazioni riguardo la durata del corso di formazione e l'esperienza lavorativa di cui è in possesso.
2. Per quanto riguarda il corso di formazione, il richiedente dovrà presentare idonea documentazione rilasciata dall'Ente preposto da cui risulti la durata della formazione in anni ed ore di insegnamento. Oggetto di valutazione per il riconoscimento del titolo saranno sia le ore di formazione teorica che le ore di formazione pratica.
Qualora il richiedente non possa presentare documentazione come sopra indicato, ai sensi del DPR 445/2000 potrà produrre una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Allegato C).
3. Per ciò che attiene all'esperienza lavorativa, l'interessato deve dimostrare che la stessa:
 - a) sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione Sanitaria rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto,

ALLEGATO 1 – parte integrante e sostanziale della determina dirigenziale n. DG12/01 dell'11.01.2012

- b) per essere oggetto di valutazione, deve essere stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **antecedenti al 10 febbraio 2011**;
4. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa deve essere resa:
- a) con una dichiarazione del datore di lavoro, dalla quale risultino le date, la durata, le attività e le eventuali qualifiche ricoperte;
 - b) oppure, ai sensi del DPR 445/2000, con una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà dell'interessato, con allegata la copia del libretto di lavoro, dal quale risultino le date, la durata, le attività e le eventuali qualifiche ricoperte (Allegato D);
 - c) oppure con il percorso storico lavorativo del richiedente rilasciato dal centro per l'impiego di competenza, ed con ogni altra documentazione idonea alla dimostrazione dell'esperienza lavorativa prestata.
5. Nel caso di attività lavorativa non subordinata, la stessa è dimostrata da apposita autocertificazione (Allegato E), integrata dalla seguente documentazione:
- a) copia della dichiarazione dei redditi riferita a tutti gli anni di esperienza dichiarata,
 - b) eventuale copia dei contratti di collaborazione,
 - c) altra documentazione idonea alla dimostrazione dell'esperienza lavorativa posseduta.
6. Periodi ulteriori di attività lavorativa verranno considerati utili, al raggiungimento del punteggio previsto, purché rispondenti a quanto indicato al punto 3, sub a);
7. Per consentire una corretta valutazione di quanto autocertificato, è necessario che le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà siano redatte in modo analitico e contengano tutti gli elementi che verrebbero indicati se i documenti stessi fossero rilasciati dall'Ente competente, pena il verificarsi di una situazione di falsità o di non veridicità, con le dovute conseguenze di legge, o di incompletezza, per cui ne deriverebbe l'impossibilità di effettuare un apprezzamento di quanto descritto. Si raccomanda quindi l'utilizzo dei fac-simili allegati al presente avviso.

Art. 6

Richiesta elementi integrativi - Dichiarazione di inammissibilità.

1. Nel caso in cui, durante l'istruttoria delle domande, dovesse riscontrarsi il difetto di uno o più dei seguenti elementi:
- a) copia del titolo in relazione al quale si chiede l'equivalenza, dal quale si evincano la denominazione del titolo stesso e dell'istituto o ente che lo ha rilasciato,
 - b) attestazione relativa alla durata del percorso formativo in anni e ore di insegnamento, e di inizio del corso di formazione,
 - c) denominazione del titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di cui si chiede il riconoscimento dell'equivalenza del titolo posseduto,
- verrà richiesta la relativa integrazione la quale, ai sensi della L. 241/90 s.m.i., dovrà essere fornita nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della richiesta stessa e, in mancanza di essa, non verrà dato ulteriore corso alla domanda dichiarandola inammissibile.
Di ciò verrà fornita apposita comunicazione mediante raccomandata con ricevuta A.R..
2. Analogamente, qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi:
- a) il titolo di cui si chiede l'equivalenza non sia stato conseguito entro il 17 marzo 1999 o il relativo corso formativo sia iniziato dopo il 31 dicembre 1995;
 - b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 6 dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito nel DPCM 26 luglio 2011;
 - c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai Decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99;
 - d) si tratti di titoli conseguiti all'esito di corsi che non sono stati svolti o autorizzati dalla Regione, Provincia autonoma o da altri Enti preposti allo scopo, o non si siano effettuati nell'ambito del proprio territorio (regionale o provinciale),
- non verrà dato ulteriore corso all'istanza, la quale verrà dichiarata inammissibile. Di ciò verrà fornita apposita comunicazione mediante raccomandata con ricevuta A.R..

3. La documentazione prodotta, a richiesta, può essere restituita con spese a carico del richiedente.

Articolo 7

Domanda per il riconoscimento del titolo

1. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, alla quale deve essere apposta una marca da bollo da € 14,62, deve essere spedita:
- a) o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alla Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute, via Conte di Ruvo n. 74, 65100 Pescara, indicando sulla busta l'oggetto della presente procedura "Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – Legge n. 42/1999",
 - b) o a mezzo posta elettronica certificata (PEC), nel rispetto delle disposizioni normative vigenti al riguardo, al seguente indirizzo sanita@pec.regione.abruzzo.it, indicando nell'oggetto della mail "Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – Legge n. 42/1999",

entro il termine perentorio di 60 giorni a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BURA, Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo del presente avviso. Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data della ricevuta di accettazione se inviata a mezzo PEC, o dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante se inviata tramite raccomandata con avviso di ricevimento. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

2. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione o Provincia autonoma ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso.
3. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:
- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita;
 - b) il luogo di residenza;
 - c) il titolo posseduto di cui si chiede l'equivalenza, la data di conseguimento dello stesso e l'Istituto o Ente che ha rilasciato il titolo;
 - d) il percorso formativo effettuato, con indicazione della durata dello stesso in anni e ore di formazione e la data di inizio dell'attività formativa;
 - e) la denominazione del titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria in relazione al quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
 - f) l'eventuale attività lavorativa svolta.
4. Alla domanda dovrà essere allegato un elenco della documentazione prodotta, datato e sottoscritto dal richiedente.
5. Nella domanda il richiedente dovrà inoltre indicare il domicilio o recapito presso il quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione. In caso di mancata indicazione vale, ad ogni effetto, la residenza indicata. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del richiedente, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
6. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di nullità della stessa. La firma non deve essere autenticata e dovrà essere allegata alla stessa una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.

Articolo 8

Domande spedite oltre i termini

1. Le domande spedite oltre i termini stabiliti al precedente art. 6 non saranno considerate valide ai fini del presente avviso. La documentazione prodotta verrà conservata dalla Regione/Provincia autonoma ricevente.

ALLEGATO 1 – parte integrante e sostanziale della determina dirigenziale n. DG12/01 dell'11.01.2012

2. Agli interessati ne verrà data apposita comunicazione, con l'indicazione che dovrà essere presentata, nei termini e con le modalità previste dagli Avvisi pubblici che verranno emanati nel 2013, una nuova istanza la quale potrà rinviare ai documenti già in possesso dell'amministrazione.

Articolo 9

Sanzioni per dichiarazioni mendaci

1. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Articolo 10

Privacy

1. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute per le finalità di gestione della domanda. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura per l'equivalenza.

Articolo 11

Disposizioni finali e di rinvio

1. Agli istanti non verrà data comunicazione dell'avvio del procedimento.
2. Per quanto non espressamente contenuto nel presente avviso si rinvia all'Accordo Stato/Regioni n. rep. n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con DPCM del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

INFORMATIVE:

- Una volta conclusa la fase istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali/provinciali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute (tale termine potrà essere sospeso per 30 giorni per effetto di quanto previsto all'art. 6 del presente avviso).
- Entro e non oltre i successivi 80 giorni, il procedimento verrà concluso con un provvedimento emanato dal Ministero della Salute.
- Avverso il provvedimento ministeriale sarà possibile esperire ricorso al TAR Lazio entro 60 giorni dal ricevimento o ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dal ricevimento.
- Ai sensi della L. 241/1990 e successive modifiche,
 - il responsabile dell'istruttoria è il Dirigente del Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute della Regione Abruzzo;
 - il responsabile del procedimento è il Ministero della Salute.
- Gli interessati hanno facoltà di esercitare il diritto di accesso agli atti del procedimento di riconoscimento dell'equivalenza secondo le modalità previste dal DPR del 12 aprile 2006, n. 184.

Pescara, 11 gennaio 2012

ALLEGATO 2

 Ministero della Salute	DOMANDA per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011 recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	Regione Abruzzo 
Alla Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute, via Conte di Ruvo n. 74, 65100 PESCARA		MARCA DA BOLLO € 14.62

Posta Elettronica Certificata
RACCOMANDATA A. R.
(barrare la casella)

La /Il Sottoscritta/o, _____
(Nome e Cognome)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento (ai fini dell'esercizio professionale) dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di:
(effettuare una unica scelta barrando la casella corrispondente):

Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (DM n. 316/98) Igienista Dentale (DM n. 137/99) Dietista (DM n. 744/94)	PROFESSIONI TECNICO SANITARIE
--	----------------------------------

Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara ai sensi dell'art. 46 del predetto DPR, quanto segue:

di essere nata/o a _____ il | _ _ | _ _ |
(Luogo di nascita)

di essere residente in _____ n. _____
(Indirizzo) (Provincia)

di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato e svolto presso codesta Regione:

(Denominazione del titolo)

conseguito il | _ _ | _ _ | presso _____
(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente che ha rilasciato il titolo)

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, della durata di anni _____ e di ore _____.

di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

di NON aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

ALLEGATO 2

Allega alla presente secondo quanto stabilito nell'avviso:

- a. copia del titolo per il quale richiede l'equivalenza, conforme all'originale ai sensi delle vigenti disposizioni di legge,
- b. documentazione attestante la durata della formazione in anni ed ore di insegnamento relativi al conseguimento del titolo di cui richiede l'equivalenza,
- c. documentazione attestante l'eventuale esperienza professionale posseduta,
- d. copia in carta semplice di un valido documento d'identità personale,
- e. un elenco riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentati, datato e sottoscritto.

Dichiara di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Nome e Cognome _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

n. telefonico _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

Data _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Informativa ex art. 13 decreto legislativo 196/2003.

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)



Ministero della Salute

ALLEGATO B

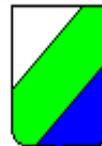
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante la

conformità ed autenticità dei TITOLI

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepto con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Abruzzo



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ il ___/___/___
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

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. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Che la copia dei seguenti titoli allegata alla presente è autentica e conforme all'originale:

Indicare la denominazione del titolo e la data di conseguimento	Indicare l'Ente che ha rilasciato il titolo
1 _____ _____ _____	_____ _____ _____
2 _____ _____ _____	_____ _____ _____
3 _____ _____ _____	_____ _____ _____
4 _____ _____ _____	_____ _____ _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO C

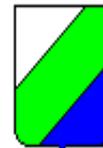
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante il

CORSO DI FORMAZIONE

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Abruzzo



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale |

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. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

In relazione al titolo denominato _____

rilasciato dall'Ente _____ con sede in _____

in data _____

che il relativo percorso formativo, svolto nel territorio della Regione Abruzzo:

- ha avuto una durata di anni: 1 2 3 per complessive ore: _____ così suddivise:

1° anno - ore totali: _____ di cui:

- ore di formazione teorica: _____

- ore di formazione pratica: _____

2° anno - ore totali: _____ di cui:

- ore di formazione teorica: _____

- ore di formazione pratica: _____

3° anno - ore totali: _____ di cui:

- ore di formazione teorica: _____

- ore di formazione pratica: _____

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO D

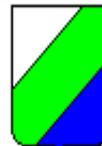
Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepto con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Abruzzo



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

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. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di aver svolto la seguente eventuale attività lavorativa:

(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)

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Datore di lavoro: _____

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Durata complessiva esperienza lavorativa:

_____ *(anni - mesi)*

Dichiara inoltre che la copia dei seguenti documenti allegata alla presente è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

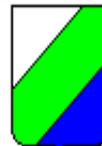
ALLEGATO E

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Abruzzo



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

Partita IVA | _ _ _ _ _ |

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. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

di aver svolto la seguente eventuale attività lavorativa:

(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)

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Data inizio _____ Data termine _____ Durata _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa) (mesi)

Attività _____

Qualifiche ricoperte: _____

Durata complessiva esperienza lavorativa: _____ (anni - mesi)

Dichiara inoltre che la copia dei seguenti documenti allegata alla presente è autentica e conforme all'originale:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____

Data

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