



| | | |
|--|--|---|
|  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.. DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011) | REGIONE ABRUZZO  |
| Spett.le Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane Via Conte di Ruvo n. 74 65100 PESCARA | MARCA DA BOLLO € 16,00 | |
| | | |

Posta Elettronica Certificata

Raccomandata A.R.
(barrare la casella)

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

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

Codice Fiscale | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

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

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Podologo (DM 14.09.1994, n. 666) <input type="checkbox"/> Fisioterapista (D.M. 14.09.1994, n. 741) <input type="checkbox"/> Logopedista (D.M. 14.09.1994, n. 742 s.m.i.) <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia (D.M. 14.09.1994, n. 743) <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (D.M. 17.01.1997, n. 56) <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (D.M. 29.03.2001, n.182) <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale (D.M. 17.01.1997, n. 136) | PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE |
|--|--|

Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità DICHIARA di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato, e/o svolto presso codesta Regione:

(Indicare la denominazione del titolo)

conseguito entro il 17 marzo 1999, ovvero il | ___ | ___ | ___ | presso _____

(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995.

DICHIARA inoltre:

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.

- di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività: _____
presso: _____

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, ulteriori rispetto al titolo di cui chiede l'equivalenza:

- Diploma Scuola Media Diploma di Qualifica Professionale Attestato di Qualifica Professionale
 Diploma Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea
 Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

ALLEGA alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, A1, B, ecc.) completamente compilate e, in aggiunta, include:

- la copia in carta semplice di un **valido documento d'identità** personale;
- un apposito **elenco**, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate.

DICHIARA di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l'Amministrazione regionale o provinciale disporrà l'applicazione delle norme penali previste e la decadenza da ogni beneficio, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

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

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 _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC):

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

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)