REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
della REGIONE ABRUZZO

Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale N. 137 del 28 Settembre 2022

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA AI DIPLOMI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 26/02/1999 N. 42, E AVVISO PUBBLICO REGIONALE PER LE PROFESSIONI SANITARIE DI TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO - ASSISTENTE SANITARIO. INFERMIERE - INFERMIERE PEDIATRICO - OSTETRICA/O.

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Leonardo Da Vinci n° 6

Sito Internet: http://bura.regione.abruzzo.it
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online Tel. 0862/363206

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della **L.R. n. 51 del 9.12.2010** il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie **"ORDINARIO"** si articola in due parti:

PARTE PRIMA

a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
c)il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
e)le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
c)i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
e)i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie **"SPECIALE".**
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie **"SUPPLEMENTO".**
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:
Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE I

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 20.09.2022, N. 519

Riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. – professioni sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica. Avviso pubblico regionale per le professioni sanitarie di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario. Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o. 4

PARTE I

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONI

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 20.09.2022, N. 519

Riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. – professioni sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica. Avviso pubblico regionale per le professioni sanitarie di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario. Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o.

DGR n. 519 del 20.09.2022

OGGETTO: Riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. –professioni sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica.
Avviso pubblico regionale per le professioni sanitarie di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro -Assistente sanitario. Infermiere -Infermiere pediatrico -Ostetrica/o

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA REGIONE
Servizio Assistenza Atti del Presidente e della Giunta Regionale – DRG009

Riunione di Giunta del **20 Settembre 2022**

Presidente: **MARCO MARSILIO**

Componenti della Giunta:	**EMANUELE IMPRUDENTE**	Presente
	NICOLA CAMPITELLI	Presente
	DANIELE D'AMARIO	Presente
	GUIDO QUINTINO LIRIS	Assente
	PIETRO QUARESIMALE	Presente
	NICOLETTA VERI'	Presente

Segretario della Giunta : **DANIELA VALENZA**

Il Segretario della Giunta
(Avv. Daniela Valenza)
Firmato digitalmente

REGIONE ABRUZZO

GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. – professioni sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica.
Avviso pubblico regionale per le professioni sanitarie di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario. Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il decreto legislativo n. 502/1992, che – nell'ambito di un complessivo disegno di riforma del Servizio Sanitario Nazionale - all'articolo 6, comma 3, ha stabilito di attribuire la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione alla competenza dell'Università, provvedendo contestualmente a sopprimere tutti i corsi di studio previsti dal precedente ordinamento entro due anni a decorrere dal 1° gennaio 1994;

VISTA la legge n. 42/1999, con la quale – nel disciplinare il passaggio dal vecchio ordinamento al nuovo in tema di formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione – si è stabilito:

- all'articolo 4, comma 1, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, l'equipollenza ai nuovi diplomi universitari dei diplomi e attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano stati previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio Sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico;
- all'articolo 4, comma 2, di prevedere - con apposito decreto del Ministro della Sanità, d'intesa con il Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica – criteri e modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali, con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 , allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale;

CONSIDERATO che per quanto attiene al disposto del riferito articolo 4, comma 2, della legge n. 42/1999 i Ministeri della Salute e dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, in ragione del mutato quadro costituzionale, hanno convenuto di darvi attuazione facendo ricorso, anziché al previsto provvedimento ministeriale, ad un apposito accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 281/1997 e che, al fine, nella seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 febbraio 2011 è stato sancito l'Accordo prot. n. 17/CSR tra le parti sopra richiamate avente ad oggetto "*i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42*", che è stato recepito successivamente con apposito Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 luglio 2011;

RILEVATO che tale provvedimento - oltre a definire gli elementi ed i caratteri che devono possedere i titoli per poter essere dichiarati equivalenti - disegna una complessa modalità procedimentale da porre in essere tra Regione e Ministero della Salute per il riconoscimento dell'equivalenza, prevedendosi che ad essa si pervenga a seguito dell'esame non solo del percorso formativo compiuto da ogni singolo interessato al riconoscimento dell'equivalenza del titolo, ma anche dell'esperienza lavorativa posseduta, che dovrà risultare riferibile ad una attività coerente ed assimilabile a quella prevista per la Professione Sanitaria rispetto alla quale viene chiesta l'equivalenza;

ATTESO che, in relazione a quanto previsto all'articolo 7 del richiamato Accordo recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011, ogni Regione deve curare la fase iniziale dell'istruttoria relativamente ai titoli i cui corsi di formazione sono stati formalmente autorizzati nel proprio territorio, trasmettendo successivamente i relativi atti al Ministero della Salute, che provvede ad indire un'apposita Conferenza dei Servizi ai sensi degli articoli 14 e seguenti della legge n. 241/1990 e che tale Conferenza valuta le istanze sulla base dei criteri e dei parametri di cui al riferito Accordo;

DATO ATTO che con la deliberazione di Giunta Regionale n. 899 del 23 dicembre 2011 si è stabilito, tra l'altro:

- di recepire le indicazioni operative fornite dal Ministero della Salute con la circolare prot. DGRUPS 0043468-P-20/09/2011 recante le indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e Province autonome nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
- di approvare lo schema dell'avviso pubblico per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza (allegato A), il modello di domanda (allegato B) e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (allegati C, D, E e F), precisandosi che i documenti di cui ai riferiti allegati potranno essere oggetto di eventuali integrazioni e/o modifiche - all'atto dell'emanazione dei relativi avvisi pubblici – in relazione ad eventuali specificità organizzative regionali e/o ulteriori altre necessità che dovessero emergere;
- di stabilire l'emanazione degli avvisi pubblici per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza nel rispetto della calendarizzazione prevista al punto 1 della richiamata circolare ministeriale prot. DGRUPS 0043468-P-20/09/2011 per i diversi

gruppi di professioni sanitarie (professioni tecnico sanitarie; professioni sanitarie riabilitative; professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica; professioni sanitarie tecniche della prevenzione);

PRESO ATTO che, nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli relativi alle professioni tecnico sanitarie, avviato nel gennaio 2012, si sono evidenziate nell'ambito della riferita Conferenza di Servizi diverse criticità che hanno, da un lato, reso opportuna la riformulazione in alcune parti dello schema di avviso pubblico precedentemente approvato e dei relativi allegati (modello di domanda e relative dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio) in vista dell'avvio dei procedimenti relativi alle altre aree delle professioni sanitarie e, dall'altro, imposto la necessaria posticipazione delle calendarizzazioni originariamente previste per l'avvio dei procedimenti di riconoscimento dell'equivalenza per i titoli afferenti l'area delle professioni sanitarie riabilitative, l'area delle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica e l'area delle professioni tecniche della prevenzione;

DATO ATTO che a seguito della Conferenza dei Servizi convocata dal Ministero della Salute con nota prot. DGPROF n. 0024937 del 3.05.2022 per l'equivalenza dei diplomi e attestati ex D.P.C.M. 26 luglio 2011, giusta nota del Coordinamento Tecnico Interregionale della Commissione Salute prot. n. 295639 del 01/7/2022, è stato stabilito di avviare le procedure di riconoscimento dell'equivalenza al diploma universitario dei titoli del pregresso ordinamento per le professioni sanitarie dell'Area della Prevenzione: Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Assistente sanitario, nonché per le professioni sanitarie dell'Area Infermieristica: Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o, definendo il relativo schema di Avviso Pubblico e disponendo di procedere alla pubblicazione degli avvisi pubblici regionali nei rispettivi bollettini ufficiali entro settembre 2022, in analogia con quanto già avvenuto per gli altri titoli professionali dell'area sanitaria ex art. 6, co. 3, D.Lgs. n. 502/92. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10.02.2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011;

TENUTO CONTO che in relazione alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza inerenti l'Avviso pubblico in questione è stata confermata dal Ministero della Salute l'utilizzazione da parte delle Regioni di una piattaforma informatica ministeriale comune per la definizione del procedimento, al fine di consentire uno snellimento procedurale utile a rendere più precisa e complessivamente più celere l'attività istruttoria, secondo le specifiche di funzionamento già sperimentate nell'ultima procedura di equivalenza conclusa inerente la professione di educatore professionale socio-sanitario;

RITENUTO, pertanto, necessario - al fine di consentire la pubblicazione del riferito avviso entro settembre 2022 - procedere tempestivamente all'approvazione ed emanazione nei termini stabiliti dell'Avviso pubblico per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area della Prevenzione di **Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario**, nonché dell'area Infermieristica di **Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o**, (allegato 1 al presente atto), il modello di domanda (allegato 2), le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio (allegati A, B, C, C-1, C-2, D, E), che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO, altresì, opportuno demandare al Servizio Risorse Umane del SSR le attività relative all'istruttoria procedimentale di competenza regionale afferente le istanze pervenute a seguito della pubblicazione del predetto avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

VISTA la L.R. 14 settembre 1999, n. 77 e ss.mm.ii. (Norme in materia di organizzazione e rapporti di lavoro della Regione Abruzzo);

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

DATO ATTO che ai sensi della richiamata legge regionale n.77/99 s.m.e.i.:

- il Dirigente del Servizio Risorse Umane del SSR, competente nelle materie trattate nel presente provvedimento, con la sottoscrizione dello stesso ne attesta la regolarità tecnico amministrativa;
- il Direttore del Dipartimento, apponendo la sua firma sul presente provvedimento, sulla base della istruttoria effettuata dal Dirigente del Servizio Risorse Umane del SSR DPF004, ne attesta legittimità, nonché la conformità agli indirizzi, funzioni ed obiettivi assegnati al Dipartimento medesimo;
-

A VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

D E L I B E R A

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate

- di approvare ed emanare l'Avviso pubblico per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area della Prevenzione di **Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario**, nonché dell'area Infermieristica di **Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o**, (allegato 1 al presente atto), il modello di domanda (allegato 2) e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà (allegati A, B, C, C-1, C-2, D, E), che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di disporre che l'Avviso pubblico approvato con il presente atto sia pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;

- di stabilire il termine perentorio di sessanta giorni, a pena di esclusione, a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area della Prevenzione di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario, nonché dell'area

Infermieristica di Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

- di stabilire che, a seguito dell'Avviso emanato con il presente atto, il procedimento di riconoscimento dell'equivalenza al diploma universitario di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro - Assistente sanitario - Infermiere - Infermiere pediatrico - Ostetrica/o dei titoli del pregresso ordinamento è disciplinato dalle disposizioni richiamate del D.P.C.M. 26 luglio 2011 e della circolare del Ministero della Salute prot. n. 43468 del 20 settembre 2011;

- di demandare al competente Servizio Risorse Umane del SSR del Dipartimento Sanità tutte le attività relative all'istruttoria procedimentale di competenza regionale afferente le istanze pervenute a seguito della pubblicazione del predetto avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

DIPARTIMENTO: DIPARTIMENTO SANITÀ

SERVIZIO: RISORSE UMANE DEL SSR

UFFICIO: STATO GIURIDICO E ASSETTO ISTITUZIONALE

L'Estensore	Il Responsabile dell'Ufficio	Il Dirigente del Servizio
Dott.ssa Grazia Palma f.to elettronicamente	Dott.ssa Grazia Palma f.to elettronicamente	Avv. Alba La Barba f.to digitalmente Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO Data: 07/09/2022 13:43:17

Il Direttore	Il Componente la Giunta
Dott. Claudio D'Amario _____ f.to digitalmente_____ (firma)	Dott.ssa Nicoletta Verì ___ f.to digitalmente_____ (firma)

==========

Approvato e sottoscritto:

Il Presidente della Giunta

_____
(firma)

Il Segretario della Giunta

_____
(firma)

Segue allegato

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 n. 502/92 s.m.i. . Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE ABRUZZO

Provvedimento di Giunta regionale_____

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 DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO - *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)* **ASSISTENTE SANITARIO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)*	**Professioni Sanitarie della Prevenzione**

INFERMIERE - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739)* **INFERMIERE PEDIATRICO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)* **OSTETRICA/O** - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)*	**Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica**

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, e dell'accesso alla formazione post-base (art. 4, L. 42/99), 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 D.P.C.M. 26 luglio 2011.

2. Qualora non sia raggiunto il punteggio previsto, il riconoscimento stesso è subordinato all'effettuazione di un percorso di compensazione formativa stabilito in base a criteri individuati con il decreto direttoriale della Direzione generale dell'Università, dello Studente e del Diritto allo studio, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 19 marzo 2014.

Articolo 2
Titoli riconoscibili

1. I titoli che possono essere ammessi alla procedura di valutazione del riconoscimento dell'equivalenza debbono possedere le 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 di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di Ostetrica/o;
   c) devono essere riconducibili esclusivamente alle Professioni Sanitarie di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di Ostetrica/o, in applicazione del comma 2, dell'art. 4 della Legge n. 42/99, e dei relativi profili emanati rispettivamente con Decreto del Ministero della Sanità n. 58 del 17 gennaio 1997, con Decreto del Ministero della Sanità n. 69 del 17 gennaio 1997, con Decreto Ministero della Sanità del 14 settembre 1994, n.739 e n.740 e con Decreto Ministero della Sanità del 17 gennaio 1997, n. 70;
   d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.72011)

e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Abruzzo o da altri Enti preposti allo scopo della medesima Regione, e svolti nell'ambito del territorio regionale.
Per Enti preposti allo scopo si fa riferimento a quegli Enti pubblici che, in base alla normativa vigente all'epoca, erano preposti istituzionalmente o all'espletamento dei corsi di formazione/qualificazione/abilitazione, o al rilascio delle autorizzazioni a corsi che poi – in concreto – possono essere stati svolti/gestiti anche da Enti privati.

Articolo 3
Titoli esclusi dalla procedura di valutazione 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.

Articolo 4
Titoli già equipollenti*

1. Non verranno presi in considerazione titoli già dichiarati equipollenti ai rispettivi diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 42/99 per le Professioni Sanitarie di:

I. Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e di Assistente sanitario, di seguito indicati:

a) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 19 agosto 2000, n. 191*) "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", come integrato dal D.M. 3-11-2011 (*Gazzetta Ufficiale n. 277 del 28/11/2011*) "Modifica del decreto 27 luglio 2000, recante Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";

b) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Assistente sanitario ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

II. Infermiere, di Infermiere Pediatrico e di Ostetrica/o, di seguito indicati:

* Mentre il riconoscimento dell'equipollenza di un titolo ad un altro è sancito da una norma, nell'equivalenza il riconoscimento di un titolo ad un altro è subordinato ad una procedura di valutazione del singolo caso concreto, si realizza in presenza di determinati requisiti, ed avviene su istanza dell'interessato.

c) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 17 agosto 2000, n. 191*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
d) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere pediatrico ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
e) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di ostetrica/o ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";

Articolo 5
Produzione del titolo

1. L'attestazione relativa al titolo di cui si richiede il riconoscimento dell'equivalenza conseguito presso un ente pubblico deve essere resa, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**).

2. Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente privato (ancorché autorizzato da un ente pubblico), il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**) attestante il conseguimento del titolo, la copia del titolo prodotta secondo una delle seguenti modalità:
   a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 (**Allegato A**);
   b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. .

Articolo 6
Valutazione del titolo e dell'esperienza lavorativa

1. Al fine di consentire il riconoscimento dell'equivalenza del titolo, il richiedente dovrà fornire idonee specificazioni riguardo alla durata del corso di formazione ed all'esperienza lavorativa di cui è in possesso.

   1.1 Per quanto riguarda la durata del corso di formazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., il richiedente dovrà produrre una dichiarazione sostitutiva di certificazione in cui riportare la durata complessiva della formazione in anni, in ore di insegnamento e tutte le informazioni richieste come da fac-simile **Allegato B.**

   1.2 Qualora il corso sia stato svolto presso un ente formativo privato (ancorché autorizzato da un ente pubblico) il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato B**) la copia del programma del corso al fine di comprovare le dichiarazioni rese.

2. Per ciò che attiene all'esperienza lavorativa, l'interessato deve dimostrare che la stessa:
   a) sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile[1] a quella prevista per le Professioni Sanitarie di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di Ostetrica/o;
   b) sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **antecedenti al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del D.P.C.M. 26 luglio 2011;
   c) sia attestata per tutti gli anni di cui al punto b) e antecedenti, tramite le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio come da fac-simile **Allegati C, C-1, D**, rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 s.m.i. e da appropriata documentazione che ne certifichi l'effettivo svolgimento per tutti gli anni/mesi/giorni dichiarati.

3. In APPENDICE al presente avviso sono riportante le indicazioni per la produzione delle attestazioni/autocertificazioni richieste riguardanti l'esperienza lavorativa.

Art. 7
Richiesta elementi integrativi

1. Nel caso in cui, durante la fase iniziale dell'istruttoria riservata alle Regioni ai fini del perfezionamento dell'istanza, si dovesse riscontrare il difetto degli elementi previsti, ed in particolare, qualora dalle dichiarazioni sostitutive, o dalla documentazione inviata, non dovessero rinvenirsi le informazioni necessarie, le Regioni e Province autonome provvederanno alla richiesta delle relative integrazioni.

[1] Per comprovare l'assimilabilità dell'attività lavorativa, utilizzare i parametri/documenti riportati in APPENDICE al presente avviso

Tali integrazioni dovranno essere fornite dall'istante nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della richiesta e dovranno essere trasmesse con le modalità che verranno indicate.
Eventuali disguidi nel loro recapito all'amministrazione dovuti ad inesatte indicazioni, saranno imputati all'istante che non potrà sollevare eccezioni di sorta in merito.

Art. 8
Comunicazione di inammissibilità

1. Qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi non verrà dato ulteriore corso all'istanza:
   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, così come indicato nell'art. 2, lett. a) del presente avviso;
   b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 3 del presente avviso;
   c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n. 42/99, come indicato nell'art. 4 del presente avviso;

   Di ciò verrà fornita apposita comunicazione a cura delle Regioni e Province autonome.

Articolo 9
Domanda per il riconoscimento del titolo

1. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, alla quale deve essere apposta una marca da bollo da € 16,00.
2. La domanda deve essere corredata dagli appositi Allegati A, B, C e/o C1 e/o C2 e/o D, E compilati e sottoscritti.
3. La domanda potrà essere spedita a mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: dpf004@pec.regione.abruzzo.it indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99*".

   I documenti allegati alla PEC dovranno essere inviati in formato PDF. Per quanto attiene la marca da bollo, l'istante dovrà dimostrare di aver assolto l'imposta di bollo mediante una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato E), alla quale va allegata copia del proprio documento di identità, in cui si attesti sotto propria personale responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver assolto al pagamento della marca da bollo, riportando i dati relativi all'identificativo della stessa. La domanda in originale, recante la marca da bollo annullata, deve essere conservata agli atti del richiedente per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.
4. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere spedita entro il termine perentorio di 60 giorni a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, consultabile anche sulle pagine web del sito istituzionale della Regione Abruzzo
   Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al giorno successivo non festivo.
5. La data di spedizione della domanda tramite posta elettronica certificata è stabilita e comprovata dalla data di invio della PEC.
6. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
7. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione/Provincia autonoma ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso.
8. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:
   a) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita;
   b) il titolo di cui si chiede l'equivalenza, la data di conseguimento dello stesso, l'Istituto o Ente che ha rilasciato il titolo e la durata del corso;
   c) l'eventuale attività lavorativa svolta e l'attuale occupazione;
   d) titoli di studio posseduti in aggiunta al titolo di cui si chiede l'equivalenza (es: diploma di scuola media, diploma di scuola superiore, ecc.);
   e) il recapito, o indirizzo PEC, presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.
9. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni apposte dall'interessato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo

indicato nella domanda, né per omissione o apposizione di un oggetto diverso da quello indicato nella PEC, né per eventuali disguidi postali, informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

10. Alla domanda non devono essere allegati certificati o attestati di frequenza relativi a corsi di aggiornamento e/o corsi di formazione continua (ECM) per il conseguimento dei crediti formativi, altri titoli specialistici o master, partecipazione a corsi liberi, né i curriculum vitae, in quanto non costituiscono oggetto di valutazione. Diversamente verranno eliminati.

11. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di nullità della stessa. La firma non deve essere autenticata e dovrà essere allegata alla domanda una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.

12. Le domande spedite antecedentemente alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, o successivamente ai termini stabiliti al precedente comma 4, non saranno considerate valide e non verrà dato seguito all'istanza.
L'interessato potrà presentare, nei termini, e con le modalità previste dagli Avvisi pubblici che verranno emanati successivamente, una nuova domanda.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione Abruzzo.
Eventuali informazioni o precisazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

Articolo 10
Autocertificazioni e sanzioni per dichiarazioni mendaci

1. Per consentire una corretta valutazione di quanto autocertificato, è necessario che le dichiarazioni sostitutive 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 pertanto l'utilizzo dei fac-simile allegati al presente avviso.

2. Per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000. Inoltre, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dall'interessato, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Articolo 11
Privacy - Informativa sul trattamento dei dati personali

In base al Regolamento 2016/679/UE (*General Data Protection Regulation* – GDPR) (di seguito Regolamento) "*ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano*". I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell'interessato e i suoi diritti.
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni relativi al trattamento dei dati personale che vengono conferiti con la partecipazione al presente avviso.
Sono Titolari del Trattamento:
Il Ministero della Salute e la Regione Abruzzo.
Il Responsabile della protezione dei dati personali del Ministero della Salute è raggiungibile al seguente indirizzo: Ministero della salute - Responsabile della protezione dei dati personali, viale Giorgio Ribotta, n. 5-00144 Roma, email: rpd@sanita.it
Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione Abruzzo è raggiungibile al seguente indirizzo Giunta della Regione Abruzzo – Responsabile della Protezione dei Dati - Via Leonardo da Vinci 6, L'Aquila; email: dpo@regione.abruzzo.it.

I richiedenti dovranno esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e i trattamenti successivamente elencati. In mancanza di tale consenso non sarà possibile accettare la domanda di riconoscimento dell'equivalenza di cui al presente avviso.

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è la gestione della domanda finalizzata al riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal DPCM 26 luglio 2011.

I dati personali forniti dai richiedenti in sede di presentazione delle domande di cui al presente Avviso, o comunque acquisiti a tal fine, sono trattati con modalità elettroniche e cartacee mediante operazioni di raccolta,

registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione, ai soli fini dell'espletamento delle procedure per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal DPCM 26 luglio 2011, e per le relative verifiche, nel rispetto della normativa in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali, nonché alla libera circolazione nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.. I dati raccolti potranno essere trattati, in forma aggregata, anche a fini statistici Il trattamento dei dati è svolto dai soggetti autorizzati dai titolari, o dai designato dallo stesso, nonché dai soggetti che operano per conto dei titolari, ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento (UE) 2016/679, quali Responsabili del Trattamento, che agiscono sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura, o alle relative verifiche, per il riconoscimento dell'equivalenza.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato dal tempo stabilito dalle regole interne proprie all'Amministrazione ministeriale, regionale, provinciale e da leggi e regolamenti in materia.

All'interessato competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi e qualora questo non pregiudichi le attività e gli obblighi connessi alla procedura di riconoscimento, la cancellazione, la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Inoltre, ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati necessari a dar corso alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree è obbligatorio e la loro mancata comunicazione preclude lo svolgimento della procedura stessa.

Articolo 12
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 D.P.C.M. del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

INFORMATIVE:

- Una volta conclusa la fase iniziale dell'istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute
- Entro i successivi 80 giorni, previo esame delle istanze da parte della Conferenza dei servizi di cui all'art. 7, comma 5, del D.P.C.M. 26.07.2011, verrà emanato il provvedimento da parte del Ministero della Salute a conclusione del procedimento.
- I termini potranno essere sospesi per effetto di quanto previsto all'art. 7 del presente avviso.
- Avverso il provvedimento ministeriale sarà possibile esperire ricorso al TAR Lazio entro i termini previsti dal D.lgs 02/07/2010, n. 104 "Codice del Processo Amministrativo".

- Ai sensi della L. n. 241/1990 e successive modifiche,

  - il responsabile della fase iniziale dell'istruttoria è la Regione Abruzzo
  - il responsabile della seconda fase dell'istruttoria e dell'adozione del provvedimento finale 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 dalla L. n. 241/1990 e s.m.i., dal D.P.R. n.184/2006, nonché dalle disposizioni delle singole Regioni e Province autonome e del Ministero della Salute.

APPENDICE

AVVISO PUBBLICO
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs n. 502/92 s.m.i. .
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011 recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011) .

AVVERTENZE

La domanda per il riconoscimento del titolo deve essere redatta utilizzando l'apposito modulo allegato al presente avviso, così come le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.

Si invitano gli istanti ad inviare la domanda di riconoscimento con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei termini, onde evitare di incorrere in eventuali disguidi postali per l'invio tramite raccomandata, oppure di incorrere in malfunzionamenti del sistema informatico in caso di invio tramite PEC.

Non può essere considerata "attività" lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito o volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.

ATTESTAZIONE ESPERIENZA LAVORATIVA

ATTENZIONE

a) Non saranno valutate attestazioni relative ad esperienze lavorative espletate successivamente al 10 febbraio 2011;

b) L'attività lavorativa viene valutata soltanto dopo la data di conseguimento del titolo per il quale si richiede l'equivalenza.

Attività lavorativa subordinata

1. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio come da Fac-simile Allegato C.

2. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro privato deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da Fac-simile Allegato C-1, inoltre al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità lavorativa, il richiedente deve allegare appropriata documentazione comprovante quanto dichiarato, potendo utilizzare i seguenti documenti:

   a) copia del/dei contratti di lavoro sottoscritti ed eventuali ulteriori documenti (es. dichiarazione del datore di lavoro, libretto del lavoro), dichiarazione/i in carta intestata sottoscritta/e dal rappresentante legale/direttore della società/cooperativa sociale o altro ente privato, idonei ad attestare l'attività lavorativa svolta, la tipologia e l'inquadramento contrattuale; la qualifica, le mansioni e/o le prestazioni svolte, e la durata (in anni, mesi, giorni) delle singole attività lavorative e complessiva;

   b) copia di altri documenti ritenuti idonei ad attestare quanto dichiarato in Allegato C-1, ovvero la tipologia di attività lavorativa svolta, la data di inizio e fine e la durata complessiva.

   La documentazione allegata deve essere, integrativa e coerente con quanto dichiarato in Allegato C-1 ed elencata nell'Allegato C-2.

   All'allegato C- 1 **non** devono essere allegati il fascicolo previdenziale INPS, le dichiarazione dei redditi di un lavoratore dipendente (es. CUD, Modello 740 – quadro C; Modello 730 – quadro C; Modello 101 fino al 1997) o la copia del Libretto di lavoro se non nei casi in cui riportino la qualifica contrattuale assimilabile all'attività svolta.

Attività lavorativa autonoma/libero professionale

Si tratta di un lavoro svolto in proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente che paga la prestazione o il servizio con un corrispettivo in denaro. Il lavoro autonomo può essere svolto in proprio come titolare di una partita iva o in qualità di socio di una società, ente o cooperativa. Nei casi in cui l'istante abbia svolto lavoro autonomo come prestazione d'opera senza essere socio di una società/cooperativa o titolare di una partita iva, sarà suo onere presentare la documentazione reddituale che possa dimostrare lo svolgimento di tale attività, la tipologia di attività svolta e la durata.

1. L'attestazione relativa all'attività lavorativa autonoma/libero professionale deve essere resa, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da fac-simile Allegato D.

2. Le attività lavorative autonome per essere valutate, debbono essere documentate, ed al fine di comprovare la tipologia di attività svolta[2], la continuità lavorativa[3] e l'anzianità[4], il richiedente deve allegare appropriata **ed esaustiva** documentazione, potendo utilizzando i seguenti documenti:

   a) certificazione di attribuzione di partita I.V.A. riferita agli anni di attività dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4], con esplicitazione del "codice attività", indicante la classificazione/tipologia dell'attività svolta e lo storico variazioni;

   b) dichiarazione dei redditi (740/UNICO) riferita a tutti gli anni di esperienza dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. b], allegando solo i Quadri[4] del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito", cioè la tipologia dell'attività svolta contrassegnata dal "codice attività"

   c) eventuale copia di incarichi professionali sottoscritti o di contratti di collaborazione [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. c]

   d) visura storica/atto societario/statuto, dal quale si evinca l'oggetto e il codice attività della società/cooperativa, il ruolo/funzione assunto dall'istante e l'attività svolta dal richiedente presso la società/studio/cooperativa/altro ente di cui è socio o per cui lavora.

   e) eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la tipologia dell'attività svolta, l'anzianità e la continuità dell'attività lavorativa svolta (esempio: la dichiarazione del rappresentante legale/direttore della società/cooperativa per cui si lavora, dichiarazione contenente la descrizione delle attività svolte e la durata, specificando la data di inizio e fine rapporto; le fatture dell'attività purchè intestate all'istante e indicante la tipologia dell'attività svolta)

   I documenti indicati al punto a) e b) sono valevoli sia per attività autonoma individuale, sia per attività autonome svolte nell'ambito della propria ditta individuale o in qualità di soci o lavoratori di una società. I quadri del modello della dichiarazione dei redditi utili a comprovare la "natura del reddito" cambiano in base al regime fiscale impiegato e se la dichiarazione è dell'attività societaria anziché individuale. Nel primo caso (dichiarazione redditi di società), il "codice attività" non è presente nel Quadro richiesto (in genere Quadro RH). È quindi necessario che l'istante alleghi anche i documenti indicati ai punti e).

---

[2] La tipologia di attività svolta indica la "natura dell'attività lavorativa", cioè le mansioni, ovvero i compiti svolti che debbono essere assimilabili alle professioni sanitarie di universitari di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di Ostetrica/o. Nel lavoro autonomo la "tipologia" dell'attività è dimostrata dal **codice attività** che identifica l'attività/settore economico. Questo è contenuto nella certificazione di p.iva e in specifici Quadri dell'UNICO, la dichiarazione dei redditi degli autonomi

[3] La continuità lavorativa è dimostrata da prestazioni lavorative non occasionali e consecutive l'una all'altra pur con periodi di intervallo

[4] L'anzianità lavorativa è data dalla sommatoria della durata in anni, mesi e giorni delle singole attività assimilabili, ovvero dalla durata complessiva dell'attività lavorativa

[4] Quadri dell'UNICO che possono attestare la tipologia dell'attività svolta:

a. Quadro RE per l'autonomo con p.iva. In caso di applicazione di regimi fiscali agevolati il Quadro RE può essere sostituito da: Quadro CM – regime dei minimi; Quadro RL – regime agevolato, o altri quadri
b. Quadro RG: indica il reddito di impresa in regime di contabilità semplificata
d. Quadro RF: indica il reddito d'impresa in regime di contabilità ordinaria
e. Quadro RK: indica l'utile per le società s.n.c. o s.a.s. per ciascun socio.
f. Quadro RH: indica il reddito del socio nell'ambito della società ovvero esprime il dividendo tra i soci.

Il quadro RH e altri che non presentano il codice attività pur attestando la tipologia dell'attività, devono essere integrati dalla dichiarazione dell'amministratore/direttore sanitario della società.

In caso di p.iva associata a più codici attività, è onere dell'istante allegare ulteriore documentazione che possa dimostrare lo svolgimento dell'attività lavorativa assimilabile alle professioni sanitarie di universitari di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di Ostetrica/o.

I predetti documenti devono essere prodotti secondo una delle seguenti modalità:

a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 (Allegato C-2);

b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 445/2000.

Nel caso il richiedente abbia svolto attività lavorativa subordinata, sia alle dipendenze di datori di lavoro pubblico che privato, e abbia svolto attività lavorativa autonoma/libero professionale, dovrà compilare tutti i moduli per le attività corrispondenti.

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 14:01:35

Ministero della Salute

D O M A N D A
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica
ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.
D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE ABRUZZO

Spett.le Regione

MARCA DA BOLLO € 16,00

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 un'unica scelta barrando la casella d'interesse)

☐ **TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)* ☐ **ASSISTENTE SANITARIO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)*	**Professioni Sanitarie della Prevenzione**

☐ **INFERMIERE -** *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739)* ☐ **INFERMIERE PEDIATRICO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)* ☐ **OSTETRICA/O** - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)*	**Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica**

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 |____|____|_____|_____| al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, presso _____
(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)

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, 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 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 Privacy
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni relativi al trattamento dei dati personale che vengono conferiti con la partecipazione al presente avviso.
Il Titolare del trattamento è la Regione Abruzzo.
Il Delegato al trattamento dei dati, ai sensi della DGR _____ è _____
Il Responsabile della Protezione dei dati / *Data Protection Officer* ha sede a Giunta della Regione Abruzzo – Responsabile della Protezione dei Dati - Via Leonardo da Vinci 6, L'Aquila. La casella mail, a cui potersi rivolgere per le questioni relative ai trattamenti di dati è: dpo@regione.abruzzo.it.

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è la gestione della domanda finalizzata al riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal DPCM 26 luglio 2011.

I dati raccolti saranno trattati a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura per il riconoscimento dell'equivalenza.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell'articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato dal tempo stabilito dalle regole interne proprie all'Amministrazione ministeriale, regionale, provinciale e da leggi e regolamenti in materia.

All'interessato competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica, l'integrazione o, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Inoltre, ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali per dar corso alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree.

Data _____ **Firma per presa visione** _____
(per esteso e leggibile)

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 14:00:16

Ministero della Salute

REGIONE ABRUZZO

A L L E G A T O A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il

TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZA

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

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

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA:ALA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:45:34

Ministero della Salute

REGIONE ABRUZZO

A L L E G A T O B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il

CORSO DI FORMAZIONE

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

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)

DICHIARA

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 degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: _____,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a _____

_____ che il relativo percorso

formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 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: _____	**4° anno** – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
5° 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

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **allega copia** del programma del corso 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 è autentica e conforme all'originale.

_____ _____

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

La firma non va autenticata

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:47:08

Ministero della Salute

REGIONE ABRUZZO

A L L E G A T O C

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PUBBLICO

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa subordinata:
*(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 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).*

***N.B.:** non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.*

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale:_____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata:_____ ☐ Tempo parziale_____%, durata:_____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale:_____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).

* L'indicazione della **durata** (anche parziale, cioè part-time) è **obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale.

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata:_____ ☐ Tempo parziale_____%, durata:_____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede *(indirizzo)*: _____

Profilo Professionale:_____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: ☐ Tempo determinato** ☐ Tempo indeterminato

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ Data termine *(gg/mm/aaaa)* _____
(*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata*: ☐ Tempo pieno, durata:_____ ☐ Tempo parziale_____%, durata:_____
(anni - mesi) *(anni - mesi)*

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____
(anni – mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

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

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:48:40

Ministero della Salute

A L L E G A T O C-1

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PRIVATO

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE ABRUZZO

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa subordinata:

*(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).*

***N.B.:** non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.*

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale_____

C.F. Ente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e/o Partita IVA Ente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello_____

☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato ** del tipo:

☐ Continuativo; ☐ In sostituzione/A chiamata;

☐ Altro *(specificare)*: _____

Qualifica_____ Mansione_____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte_____

_____

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ **Data termine** *(gg/mm/aaaa)* _____ (*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata* complessiva *(anni - mesi)*_____

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, sostituzione maternità, a chiamata, stagionale, ecc.).

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale_____

C.F. Ente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| e/o Partita IVA Ente |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello_____

☐ Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato** del tipo:

☐ Continuativo; ☐ In sostituzione/A chiamata;

☐ Altro *(specificare)*: _____

Qualifica_____ Mansione_____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte_____

_____

Data inizio *(gg/mm/aaaa)* _____ **Data termine** *(gg/mm/aaaa)* _____ (*In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*

Durata* complessiva *(anni - mesi)*_____

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____
(anni – mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

_____ _____

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

Firmato digitalmente da: ALIBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:51:41

Ministero della Salute

A L L E G A T O C-2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante

DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA PRIVATA

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

DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE ABRUZZO

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

nato/a 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, D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** che, al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese, le copie dei documenti allegati alla domanda relativi all'attività lavorativa svolta alle dipendenze di enti privati o autonomo/libero professionale, e di seguito elencati, sono autentici e conformi all'originale:

1_____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

_____
Data

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

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:53:46

Ministero della Salute	**A L L E G A T O D** Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante **ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA** RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	REGIONE ABRUZZO

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

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

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa autonoma/libero professionale in qualità di libero professionista, impresa individuale o socio di ente, studio, società, cooperativa:

*(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).*

Tipologia attività lavorativa:

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista: ☐ singolo ☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*_____

Attività svolta_____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * *(escluse le eventuali interruzioni)*: _____
(mesi/anni)

==========**Tipologia attività lavorativa:**

☐ Libero professionale ☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/Cooperativa

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

_____

* L'indicazione della **durata** è **obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale.

Domicilio fiscale (*indirizzo*)__ _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(*mesi/anni)*

==========

Tipologia attività lavorativa:

☐ Libero professionale ☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa

Partita IVA | __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __|

Codice Fiscale | __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __| __|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività | __| __| __| __| __| __| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*__ _____

Attività svolta_____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società_____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) *(gg/mm/aaaa)*

Durata attività * *(escluse le eventuali interruzioni)* : _____
(*mesi/anni)*

==========

Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma: _____
(anni – mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

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

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:55:20

Ministero della Salute

REGIONE ABRUZZO

A L L E G A T O E

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio riguardante

ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AL TITOLO UNIVERSITARIO DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

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

Codice fiscale _____

nato/a a _____ Prov._____ il _____/_____/_____
(Luogo di nascita)

Residente in _____ Prov. _____ CAP _____

Via/P.zza _____ n. _____

DICHIARA

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, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.,

- che, ad integrazione della documentazione, l'imposta di bollo è stata assolta tramite apposizione del contrassegno sul modello di domanda cartaceo trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo.
- che la marca da bollo di euro 16 (sedici euro) applicata ha identificativo n. _____ e data _____
- di essere a conoscenza che la Regione Abruzzo potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data _____

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

Firmato digitalmente da: ALBA LA BARBA-LA BARBA
Ruolo: DIRIGENTE REGIONE ABRUZZO
Data: 07/09/2022 13:57:55

REGIONE ABRUZZO

Dipartimento della Presidenza e Rapporti con l'Europa

Servizio assistenza atti del Presidente e della Giunta Regionale

Centralino 0862 3631 Tel. 0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: http://bura.regione.abruzzo.it
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Pec: bura@pec.regione.abruzzo.it