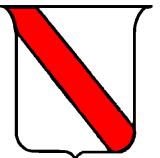


 Ministero della Salute	D O M A N D A per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011 recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	
Alla Regione Campania – Settore Aggiornamento e Formazione del Personale Sanitario Centro Direzionale di Napoli, Isola C 3 80143 – Napoli Posta elettronica certificata: agc19.sett02@pec.regione.campania.it		MARCA DA BOLLO € 14.62

- ☐ Posta Elettronica Certificata
☐ R A C C O M A N D A T A 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 Perfusionazione 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/Provincia autonoma:

(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.

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)