



## **Decreto Dirigenziale n. 34 del 12/02/2020**

Direzione Generale 4 - Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Oggetto dell'Atto:

Avviso Pubblico regionale per la Professione Sanitaria di Educatore Professionale. Attuazione del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 26 luglio 2011, in esecuzione dell'Accordo Stato Regioni sancito il 10 febbraio 2011, per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42 – professioni sanitarie riabilitative.

## IL DIRETTORE GENERALE

**PREMESSO che**

- l'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ha dettato norme in materia di riordino della disciplina della formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- la legge 26 febbraio 1999, n. 42, ha dettato disposizioni in materia di professioni sanitarie; in particolare, il comma 2 dell'articolo 4 prevede che con decreto del Ministro della Sanità', emanato d'intesa con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, sono stabiliti, 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, i criteri e le 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, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione postbase, ulteriori titoli che, conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali, non erano stati ritenuti equipollenti ai sensi del comma 1, dello stesso articolo 4;
- in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 10/02/2011, fu sancito un accordo concernente 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, demandando, in particolare all'articolo 10, ad un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il relativo recepimento, al fine di assicurare l'immediata e uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale;
- il Presidente del Consiglio dei Ministri, con proprio D.P.C.M. del 26/07/11, ha dettato criteri e 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;
- con il Decreto 22 giugno 2016 del Ministero della Salute 8G.U.S.G. n. 196 del 23 agosto 2016), sono state emanate le disposizioni recanti l'equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base;
- la Conferenza dei Servizi nella riunione del 10.12.2019 ha stabilito, tra l'altro, lo schema di avviso pubblico per la professione sanitaria di EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO (Decreto Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 - L. 205/2017);
- il Ministero della Salute, con nota prot. n. 65638 del 30/12/2019, ha fornito 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;

**CONSIDERATO** necessario procedere all'indizione dell'Avviso Pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario di Educatore Professionale, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 e s.m.i., secondo:

- ✓ le modalità previste dall' Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 10/12/2019;
- ✓ le indicazioni operative fornite dal Ministero della Salute con la nota circolare n. 65638 del 30/12/2019;
- ✓ le indicazioni operative previste dalla Conferenza dei Servizi nella riunione del 10/12/2019;

**RITENUTO** di dover procedere all'indizione dell'avviso pubblico per il riconoscimento del titolo appartenente all'area delle professioni sanitarie di cui all' art.4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999 , n.42, di **EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO**;

**VISTO** il D.G.R.C n. 17 del 15 gennaio 2020;

**ACCERTATA** l'assenza di cause di incompatibilità e/o conflitto di interessi per il responsabile dell'istruttoria e per il Dirigente firmatario del presente decreto , ai sensi della legge anticorruzione e trasparenza (L.n. 190/2013 e Dlgs . 33/2013 ) e del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e Decreto del Presidente della Repubblica aprile 2013 n. 62) ;

Alla stregua dell'istruttoria del funzionario responsabile del procedimento, nonché della espressa dichiarazione di regolarità resa da Dirigente della U.O.D. Personale SSR ;

## D E C R E T A

Per tutto quanto in premessa indicato e che qui si intende integralmente riportato:

- di approvare l' avviso pubblico, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso, per 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., abilitanti alla **Professione Sanitaria di Educatore Professionale socio-Sanitario**;
- di approvare lo schema di domanda allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso, completo dei suoi allegati, che comprendono il fac simile della domanda e delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e atto notorio inerenti :
  - i titoli di cui si chiede l'equivalenza (allegato A all'avviso);
  - il corso di formazione (Allegato B all'avviso);
  - l'esperienza lavorativa subordinata c/o un Ente Pubblico ( allegato C all'avviso);
  - l'esperienza lavorativa subordinata c/o un Ente Privato ( allegato C-1 all'avviso);
  - documenti attestanti l'attività lavorativa privata ( allegato C-2 all'avviso);
  - esperienza lavorativa autonoma ( allegato D all'avviso);
  - Autorizzazione al trattamento dei dati personali ( allegato E all'avviso);
- di stabilire che la presentazione delle domande, corredate dei previsti allegati, avvenga entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso pubblico sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania esclusivamente secondo le modalità indicate nell'avviso a mezzo di posta elettronica certificata: ove il termine di scadenza del sessantesimo giorno previsto, dovesse cadere in un giorno festivo, tale data si intenderà prorogata al primo giorno feriale utile successivo;
- di trasmettere il presente provvedimento all'Ufficio di Gabinetto del Presidente, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, alle Aziende Sanitarie della Regione Campania ai fini dell'ulteriore pubblicizzazione dello stesso;
- di trasmettere il presente provvedimento al Bollettino Ufficiale della Regione Campania, per la relativa pubblicazione.

Avv. Antonio Postiglione

Ministero della  
Salute

**AVVISO PUBBLICO**  
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI  
RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL  
PREGRESSO ORDINAMENTO, AL TITOLO UNIVERSITARIO  
DI  
**EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO**  
ex art. 6, co. 3, d. lgs 502/92. e s.m.i..  
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011  
recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)  
**Provvedimento della REGIONE CAMPANIA**

Regione  
Campania

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 alla Professione Sanitaria di:

<b>EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO</b> <i>(Decreto Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 - L. 205/2017)</i>	<b>Professioni Sanitarie riabilitative</b>
--	--

### 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 DPCM 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 del decreto di individuazione del profilo professionale relativo al diploma universitario di educatore professionale;
  - c) devono essere riconducibili esclusivamente alla Professione Sanitaria di Educatore Professionale, in applicazione del comma 2 dell'art. 4 della L. 42/99, e del relativo profilo emanato con Decreto del Ministero della Sanità n. 520 dell'8 ottobre 1998;
  - d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.7.2011)
  - e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione CAMPANIA 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 al diploma universitario dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99 per la Professione Sanitaria di Educatore Professionale, nonché ai sensi della L. 145/2018, di seguito indicati:
  - a) DM 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", come integrato dal DM 22-6-2016 (*Gazzetta Ufficiale n. 196 del 23/8/2016*) "Modifica del decreto 27 luglio 2000, recante "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - b) DM 29-3-2001 n. 182 (*Gazzetta Ufficiale 19 maggio 2001, n. 115*) "Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica";
  - c) Legge n. 145 del 30/12/2018, comma 539 (*Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 2018, n. 302 - S.O. n. 62*): "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021";
  - d) Legge n. 160 del 27/12/2019, art. 1, comma 465 (Supplemento ordinario n. 45/L del 30.12.2019 alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n. 304): "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022".

---

\* 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.

## 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 DPR 445/2000 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 DPR 445/2000.

## 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 DPR 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<sup>1</sup> a quella prevista per la Professione Sanitaria di Educatore Professionale Socio Sanitario;
  - b) sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **anteriores al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del DPCM 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 riportate 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 alla **Regione Campania** 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, la Regione provvederà alla richiesta delle relative integrazioni. 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.

---

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

**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 42/99, nonché dalla Legge 145/2018, comma 539, come indicato nell'art. 4, del presente avviso;

Di ciò verrà fornita apposita comunicazione a cura della Regione Campania.

**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 dovrà essere spedita esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (nominativa, personale ed inequivocabilmente riconducibile alla propria persona), all'indirizzo PEC : **formazione.sanitaria@pec.regione.campania.it** indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99*".

L'indirizzo di posta elettronica certificata, per tutta durata del presente procedimento, costituirà domicilio digitale presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al suddetto procedimento. Ogni comunicazione da parte della Regione Campania avverrà tramite posta elettronica. Il candidato deve, inoltre, indicare nella domanda il proprio domicilio o recapito postale, almeno un recapito telefonico ed eventuale ulteriore indirizzo mail: eventuali variazioni o correzioni successive alla presentazione della domanda dovranno essere tempestivamente comunicate a mezzo PEC.

4. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere inviata ~~spedita~~ entro il termine perentorio di 60 giorni a partire dal giorno successivo alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, consultabile sulle pagine web <http://burc.regione.campania.it/eBurcWeb/publicContent/home/index.iface>. Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al giorno successivo non festivo.

5. La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di invio della PEC.
6. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quella prevista.
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 altri disguidi 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 inviate precedentemente alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, o successivamente ai termini stabiliti al precedente comma 4, non saranno considerate valide e non verrà dato seguito. L'interessato potrà presentare, nei termini e con le modalità previste dagli eventuali Avvisi pubblici che verranno emanati successivamente, una nuova domanda.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione <https://personalesr.regione.campania.it/>. 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. 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. 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 relative 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 **Campania**.

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: [rpdsanita.it](mailto:rpdsanita.it)

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione Campania è raggiungibile al seguente indirizzo: via Santa Lucia n. 81 – 80132 – Napoli - Numero Verde 800.550.506, email: [dpo@regione.campania.it](mailto:dpo@regione.campania.it)

I richiedenti dovranno esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e i trattamenti successivamente elencati mediante la compilazione **dell'Allegato E**. 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, 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 DPCM 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. 241/1990 e successive modifiche,

- il responsabile della fase iniziale dell’istruttoria è la Regione Campania.
- 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. 241/1990 s.m.i., dal DPR 184/2006, nonché dalle disposizioni della Regione Campania e del Ministero della Salute.

## APPENDICE

### AVVISO PUBBLICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI  
TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AL TITOLO UNIVERSITARIO DI  
EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO

ex art. 6, co. 3, d. lgs 502/92. e s.m.i..

Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011

recepito con DPCM 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

#### 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 DPR 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 DPR 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 C1 **non** devono essere allegati il fascicolo previdenziale INPS, le dichiarazioni 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 DPR 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<sup>2</sup>, la continuità lavorativa<sup>3</sup> e l'anzianità<sup>4</sup>, 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 [DPCM 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 [DPCM 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. b], allegando solo i Quadri<sup>4</sup> 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 [DPCM 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.

<sup>2</sup> La tipologia di attività svolta indica la "natura dell'attività lavorativa", cioè le mansioni, ovvero i compiti svolti che debbono essere assimilabili alla professione di Educatore professionale socio sanitario. 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

<sup>3</sup> La continuità lavorativa è dimostrata da prestazioni lavorative non occasionali e consecutive l'una all'altra pur con periodi di intervallo

<sup>4</sup> 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

<sup>4</sup> 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.**

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).

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 alla professione di Educatore professionale socio sanitario.

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. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell’art. 18 del DPR 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.**



**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 all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata

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 Campania.

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione Campania è raggiungibile al seguente indirizzo: via Santa Lucia n. 81 – 80132 – Napoli - Numero Verde 800.550.506, email: [dpo@regione.campania.it](mailto:dpo@regione.campania.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)



Ministero della Salute

## ALLEGATO 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)



Regione Campania

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

**ALLEGATO 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)



Regione Campania



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:

<p><b>1° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>2° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>3° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>4° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>5° anno</b> - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____</p>	

\_\_\_\_\_ **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

**ALLEGATO 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)


Regione Campania

 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 di Educatore Professionale Socio Sanitario, 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 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 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 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 complessiva\*: \_\_\_\_\_

(anni - mesi)

---

---

**Durata\* complessiva esperienza lavorativa:** \_\_\_\_\_

(anni - mesi)

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

**ALLEGATO C-1**



Ministero della Salute

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 Campania

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 di Educatore Professionale Socio Sanitario, 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.).  
fonte: <http://burc.regione.campania.it>





Ministero della Salute

## ALLEGATO 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 Campania

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



Ministero della Salute

**ALLEGATO D**  
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante  
**ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA**  
RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO  
AL TITOLO UNIVERSITARIO DI EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO  
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Regione Campania

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 di Educatore Professionale** 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.) \_\_\_\_\_

\* 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.



**ALLEGATO E**

Ministero della Salute

**Autorizzazione al Trattamento dei dati personali**

Regione Campania

**Il/La sottoscritto/a** Cognome e Nome \_\_\_\_\_, nato/a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_\_\_\_,

**dichiara**

- di aver preso visione della Informativa in materia di privacy della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania (Articolo 13 del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali”), reperibile sul sito istituzionale della Regione Campania, nella sezione Uffici e Contatti, D.G. Tutela Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale; inoltre
- Dichiaro di essere consapevole che con la presente sottoscrizione autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) e delle disposizioni attuative di cui al D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato ed integrato dal D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101.
- Dichiaro espressamente di autorizzare la pubblicazione sul sito della Regione Campania dei dati personali contenuti nella presente domanda, nel rispetto dei principi di necessità, pertinenza, adeguatezza e non eccedenza rispetto alle finalità del trattamento.

I dati raccolti con la presente domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'avvio delle procedure per il riconoscimento della equivalenza di titoli inerenti alla professione socio sanitaria di educatore Professionale saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse all'espletamento della procedura stessa e per le successive attività inerenti l'eventuale attività di Educatore professionale, nel rispetto della normativa specifica. I dati forniti dai candidati per la partecipazione all'avviso pubblico potranno essere inseriti in apposite banche dati e potranno essere trattati e conservati, nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente e per il tempo necessario connesso alla gestione della procedura, in archivi informatici/cartacei per i necessari adempimenti che competono alla Regione Campania, nonché per adempiere a specifici obblighi imposti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria. I dati personali in questione saranno trattati, nel rispetto delle disposizioni di legge, con l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza del soggetto interessato cui i dati si riferiscono.

Il titolare del trattamento dei dati per la fase iniziale dell'istruttoria è Giunta della Regione Campania, con sede a Via Santa Lucia, 81 - 80132 - Napoli. I dati personali saranno comunicati al Ministero della Salute per la seconda fase dell'istruttoria e per l'adozione del provvedimento finale; potranno essere eventualmente comunicati ad altri soggetti, pubblici e privati, quando ciò è previsto da disposizioni di legge o di regolamento. I dati personali potranno essere oggetto di diffusione nel rispetto delle delibere dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; le informazioni sulle modalità e contenuti del trattamento dei dati personali e sull'esercizio dei relativi diritti da parte dell'interessato, sono contenute nell'Informativa generale privacy pubblicata nel sito internet [www.regione.campania.it](http://www.regione.campania.it)

L'esito della presente procedura, approvata dagli organi competenti, verrà diffusa mediante pubblicazione, nel rispetto dei principi di pertinenza e non eccedenza, nel BURC ed attraverso il sito istituzionale della Regione Campania [www.regione.campania.it](http://www.regione.campania.it). L'interessato potrà esercitare, alle condizioni e nei limiti di cui al Regolamento UE 2016/679, i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti dello stesso:

- l'accesso ai propri dati personali; la rettifica o la cancellazione dei dati; la limitazione del trattamento;
- la portabilità dei dati l'opposizione al trattamento.
- L'interessato potrà, altresì, esercitare il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

**Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporterà l'impossibilità di dar corso alla valutazione della domanda di partecipazione alla selezione, nonché agli adempimenti conseguenti ed inerenti la selezione in argomento.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DICHIARANTE

(Per esteso e leggibile)