

# Regione Lazio

## DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 3 agosto 2023, n. G10725

**Avviso Pubblico Unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria, in attuazione dell'art. 4, comma 2, Legge 26 febbraio 1999 n. 42 e del DPCM 26 luglio 2011.**

**Oggetto:** Avviso Pubblico Unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria, in attuazione dell'art. 4, comma 2, Legge 26 febbraio 1999 n. 42 e del DPCM 26 luglio 2011.

IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

SU PROPOPSTA del Dirigente Area Risorse Umane;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 recante modifiche al Titolo V, parte seconda della Costituzione

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTE: la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e *ss.mm.ii.*  
la Legge Regionale 6 settembre 2002, n.1 e *ss.mm.ii.*  
la Legge Regionale 3 marzo 2003, n.4

VISTI il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n.1 e *s.m.i.*;  
il Regolamento Regionale 26 gennaio 2007, n.2;  
il Regolamento Regionale 13 novembre 2007, n.13;  
Regolamento di riorganizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e *s.m.i.*  
che ha istituito la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 234 del 25 maggio 2023 con la quale è stato conferito l'incarico di Direttore della Direzione Regionale "Salute e Integrazione Sociosanitaria" al Dott. Andrea Urbani;

VISTA la Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria n. G07633 del 13 giugno 2018 di istituzione delle strutture organizzative di base denominate Aree e Uffici della suddetta Direzione;

VISTA la Determinazione n. G00243 del 18 gennaio 2021, con cui è stata nominata Dirigente dell'Area Risorse Umane la Dott.ssa Eleonora Alimenti;

VISTA la Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di Professioni Sanitarie" richiamato in particolare l'art. 4, comma 2 di tale Legge, ove si stabilisce che con Decreto del Ministero della Salute, d'intesa con il Ministero dell'Università e della ricerca Scientifica e Tecnologica, siano stabiliti i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3 del D. Lgs. N.502/1992 e *ss.mm.ii.*, ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, con riferimento all'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al D.P.R. n. 761/79, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato, alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale;

VISTO l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011 della Conferenza Stato-Regioni, atto rep. N. 17/CSR, 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'art. 4, comma 2, Legge 26 febbraio 1999, n. 42;

VISTO il D.P.C.M. 26 luglio 2011 con il quale è stato recepito il suddetto Accordo Stato-Regioni;

VISTA la nota circolare prot. n. 43468 del 20 settembre 2011 del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie con la quale sono state fornite 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'art. 4, comma 2, legge 26 febbraio 1999, n. 42;

DATO atto che il Ministero della Salute, con nota n. 36869 del 06 agosto 2013 ha previsto di dare avvio alle procedure di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento;

CONSIDERATO che si è provveduto, con precedenti avvisi regionali in attuazione di quanto disposto in sede di Conferenza dei Servizi, all'avvio delle procedure di equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento per tutta l'Area Sanitaria;

DATO atto che in sede di Conferenza dei Servizi tenutasi in data 20 aprile 2023 è stata rilevata la necessità, sulla base di quanto previsto dall'art. 4 Legge 42/1999 e dal successivo art. 7 del DPCM 26.07.2001, secondo i quali la procedura per l'equivalenza si avvia su istanza dell'interessato, di procedere con l'emanazione dei nuovi avvisi per la presentazione delle istanze di equivalenza per tutta l'Area delle Professioni Sanitarie, al fine di garantire la possibilità di presentare istanza da parte di tutti gli interessati e permettendo al contempo uno svolgimento ordinato ed efficiente dell'attività amministrativa;

DATO atto che con nota prot. n. 292004 del 30 maggio 2023 la Regione Veneto, che svolge funzioni di coordinamento del "Tavolo tecnico interregionale della Commissione Salute – Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi", informa il Ministero della Salute del parere concorde delle Regioni e Province autonome di emanazione di un avviso pubblico unico contenente una calendarizzazione di distinti periodi suddivisi per ciascuna Area delle Professioni Sanitarie e rispetto ai quali gli interessati potranno presentare istanza di riconoscimento dell'equivalenza del titolo del pregresso ordinamento ai titoli universitari di tutta l'area delle Professioni Sanitarie;

DATO atto che il Ministero della Salute e le Regioni in sede di Conferenza dei Servizi, tenutasi in data 13 giugno 2023, hanno condiviso lo schema di avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria predisposto con la calendarizzazione di cui al paragrafo precedente;

RITENUTO pertanto di emanare l'avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari afferenti tutte le professioni sanitarie come da Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

PRESO atto che in sede di Conferenza dei Servizi si è stabilito che gli avvisi pubblici in argomento devono essere adottati e pubblicati nel Bollettino Ufficiale delle singole Regioni;

**RICHIAMATI:**

il DPR 26 ottobre 1972 n. 642 recante “Disciplina dell’imposta di bollo”;

il D. Lgs 24 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e *ss.mm.ii.*

**DETERMINA**

per le ragioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate

- 1) di approvare l’“Avviso Pubblico Unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell’equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell’area sanitaria, in attuazione dell’art. 4, comma 2, Legge 26 febbraio 1999 n. 42 e del DPCM 26 luglio 2011”, Allegato 1 al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso, completo dei suoi allegati che comprendono:  
il fac-simile della Domanda (Allegato2)  
il fac-simile delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e atto notorio inerenti i titoli di cui si richiede l’equivalenza (All. A), il corso di formazione (All. B), l’esperienza lavorativa subordinata c/o un Ente pubblico (All. C), l’esperienza lavorativa subordinata c/o un ente privato (All. C1), documenti attestanti l’attività lavorativa (All. C2) e l’esperienza lavorativa autonoma (All. D);
- 2) di stabilire che la presentazione delle domande di riconoscimento dell’equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell’area sanitaria avvenga esclusivamente attraverso quanto previsto dall’Avviso Pubblico All. 1;
- 3) di stabilire inoltre, un termine di 60 giorni, a pena di esclusione, a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione dell’avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell’equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli dell’area sanitaria afferenti alla professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente Sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o, in attuazione dell’art. 4, comma 2 della Legge 26 febbraio 1999, n. 42.

La presente determinazione sarà pubblicata su Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**IL DIRETTORE REGIONALE**



Ministero della Salute

**AVVISO PUBBLICO UNICO**  
 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)



**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 cui alla L. 251/2000.

**Articolo 1**  
**Presentazione delle istanze – cicli temporali**

1. Le istanze potranno essere presentate secondo il calendario di seguito riportato con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.
2. Per ogni Area delle Professioni Sanitarie sono previste due cicli temporali utili alla presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari:

<b>PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO</b>	<b>1° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE</b>	<b>2° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE</b>
<b>AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE</b> <i>Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale, Dietista</i>	Dal 14 luglio 2023 all'11 settembre 2023	Dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024
<b>AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b> <i>Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista-Assistente in oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale</i>	Dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023	Dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024
<b>AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE</b> <i>Infermiere, Ostetrica/o, Infermiere pediatrico</i>	Dal 13 novembre 2023 all'11 gennaio 2024	Dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024
<b>AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE</b> <i>Tecnico della prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, Assistente sanitario</i>		

**Articolo 2**  
**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 3**  
**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 (*si vedano in proposito i decreti ministeriali riportati alla successiva lett. c) in corrispondenza di ogni Professione Sanitaria*);
  - c) devono essere riconducibili alle singole Professioni Sanitarie interessate, in applicazione del comma 2, dell'art. 4 della Legge n. 42/99 e dei relativi profili emanati con i decreti ministeriali di seguito elencati:

<b>DECRETI MINISTERIALI DI INDIVIDUAZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI</b>	
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	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 Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (DM n. 316/98) Igienista Dentale (DM n. 137/99) Dietista (DM n. 744/94)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo (DM n. 666/94) Fisioterapista (DM n. 741/94) Logopedista (DM n. 742/94) Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) Educatore Professionale (DM n. 520/98)
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Infermiere (DM n. 739/94) Ostetrica/o (DM n. 740/94) Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

- 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/Provincia \_\_\_\_\_ 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 4**  
**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 5**  
**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 di seguito riportati per le singole Professioni Sanitarie:

PROFESSIONE SANITARIA	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
<b>TECNICO SANITARIE</b>	
<b>Area Tecnico - diagnostica</b>	
TECNICO AUDIOMETRISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
<b>Area Tecnico – assistenziale</b>	
TECNICO ORTOPEDICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TECNICO AUDIOPROTESISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE VASCOLARE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000
IGIENISTA DENTALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
DIETISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000

\* 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.

RIABILITATIVE	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
PODOLOGO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
FISIOTERAPISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
LOGOPEDISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
ORTOTTISTA-ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000
EDUCATORE PROFESSIONALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 D.M. 22 giugno 2016 – G.U. n. 196 del 23.8.2016 D.M. 29 marzo 2001 n. 182 – G.U. n. 115 del 19.5.2001 Legge n. 145 del 30/12/2018, comma 539 (G.U. n. 302 - S.O. n. 62 del 31.12.2018) Legge n.160 del 27/12/2019, art. 1, comma 465 (G.U. n. 304 - S.O. n. 45 del 30.12.2019)
<b>INFERMIERISTICA E OSTETRICA/O</b>	
INFERMIERE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
OSTETRICA/O	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
INFERMIERE PEDIATRICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
<b>TECNICO DELLA PREVENZIONE</b>	
TECNICO DELLA PREVENZIONE DELL'AMBIENTE E DEI LUOGHI DI LAVORO	D.M. 27-7-2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 integrato dal D.M. 3-11-2011 (G.U. n. 277 del 28/11/2011)
ASSISTENTE SANITARIO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000

#### Articolo 6 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 7 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:
- 2.1 sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile<sup>1</sup> a quella prevista per le Professioni Sanitarie rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
  - 2.2 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;
  - 2.3 sia attestata per tutti gli anni di cui al punto 2.2 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. 8**

#### **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.
- 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. 9**

#### **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. 3, lett. a) del presente avviso;
  - b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 4 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. 5 del presente avviso;

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

#### **Articolo 10**

#### **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, compilati e sottoscritti.
3. La domanda potrà essere presentata esclusivamente per via telematica a mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it) indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99*".
4. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere inoltrata secondo la calendarizzazione dei termini previsti dall'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.

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

5. Le domande inoltrate secondo termini diversi da quelli previsti all'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico verranno trattate come segue:
  - a) le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per ogni singola Professione Sanitaria nel 1° ciclo saranno esaminate successivamente secondo i termini indicati per il 2° ciclo in corrispondenza della specifica Professione Sanitaria;
  - b) le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per il 2° ciclo saranno esaminate nel semestre successivo alla data di presentazione.
6. 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  
  
La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di invio della PEC.
7. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
8. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:
  - c) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita;
  - d) 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;
  - e) l'eventuale attività lavorativa svolta e l'attuale occupazione;
  - f) titoli di studio posseduti in aggiunta al titolo di cui si chiede l'equivalenza (es: diploma di scuola media, diploma di scuola superiore, ecc.);
  - g) il recapito, o indirizzo PEC, presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.
10. 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 raccomandata o PEC, né per eventuali disguidi postali, informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
11. 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.
12. 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.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione Lazio.

Eventuali informazioni o precisazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

#### **Articolo 11**

##### **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 12**

##### **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 Lazio.

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/Provincia Autonoma è raggiungibile al seguente indirizzo: Via R. Raimondi Garibaldi,7 – 00147 Roma, Palazzina B, Piano V, Stanza 5, email: dpo@regione.lazio.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 designati 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 13 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 Lazio
  - 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 UNICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, 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 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 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<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 [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<sup>5</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 [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).

<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 alle professioni sanitarie, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo. 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>5</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.**

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, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo.

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.**





**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**

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.

**DICHIARA** di essere iscritto:

all'Elenco Speciale per la professione di \_\_\_\_\_ della Provincia di: \_\_\_\_\_

all'Albo per la professione di \_\_\_\_\_ della Provincia di: \_\_\_\_\_

di non essere iscritto ad alcun Albo professionale o Elenco speciale

- 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 \_\_\_\_\_

**DICHIARA** inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto delle tempistiche indicate all'art. 1 dell'Avviso pubblico unico nonché nel rispetto di quanto indicato al riguardo all'art. 10, comma 5.

**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/Provincia/ \_\_\_\_\_

Il Delegato al trattamento dei dati, ai sensi della DGR \_\_\_\_\_ è \_\_\_\_\_

Il Responsabile della Protezione dei dati / *Data Protection Officer* ha sede a \_\_\_\_\_ La casella mail, a cui potersi rivolgere per le questioni relative ai trattamenti di dati è: \_\_\_\_\_

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)



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)



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:

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



Ministero della Salute

**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)



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 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



Ministero della Salute

**ALLEGATO 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)

 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





**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)



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	<b>ALLEGATO D</b> Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante <b>ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA</b> 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)	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

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