



 Ministero della Salute	DOMANDA per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del progresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011 recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	 REGIONE MOLISE
Alla Regione Molise – Assessorato alle Politiche per la Salute Direzione Generale per la Salute Via Toscana, 45 86100 - Campobasso		MARCA DA BOLLO € 14.62

- Posta Elettronica Certificata
 RACCOMANDATA A. R.
(barrare la casella)

La /Il Sottoscritta/o,

_____ (Nome e Cognome)

Codice Fiscale | _____

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

<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare (DM n. 316/98) <input type="checkbox"/> Igienista Dentale (DM n. 137/99) <input type="checkbox"/> Dietista (DM n. 744/94)	PROFESSIONI TECNICO SANITARIE
--	--

Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara ai sensi dell'art. 46 del predetto DPR, quanto segue:

di essere nata/o a _____ il _____
(Luogo di nascita)

di essere residente in _____ n. _____
(Indirizzo) (Provincia)

di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato e svolto presso codesta Regione :

_____ (Denominazione del titolo)

conseguito il _____ presso _____
(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente che ha rilasciato il titolo)

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, della durata di anni _____ e di ore _____.



- di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.
- di NON aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

Allega alla presente secondo quanto stabilito nell'avviso:

- copia del titolo per il quale richiede l'equivalenza, conforme all'originale ai sensi delle vigenti disposizioni di legge,
- documentazione attestante la durata della formazione in anni ed ore di insegnamento relativi al conseguimento del titolo di cui richiede l'equivalenza,
- documentazione attestante l'eventuale esperienza professionale posseduta,
- copia in carta semplice di un valido documento d'identità personale,
- un elenco riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentati, datato e sottoscritto.

Dichiara di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso.

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Nome e Cognome _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

n.telefonico _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

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

Informativa ex art. 13 decreto legislativo 196/2003.

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

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