

Al Dirigente del Settore n. 2
Autorizzazioni e Accreditamenti, Formazione – ECM
autorizzazioni.salute@pec.regione.calabria.it

Oggetto: domanda di inserimento nell'elenco regionale per l'esercizio temporaneo delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica professionale di operatore socio sanitario conseguite all'estero, ai sensi dell'art. 13 del D.L. 17.03.2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27 e, successivamente sostituito dall' art. 4, comma 8-sexies, D.L. 31 dicembre 2020, n. 183, convertito, con modificazioni, dalla L. 26 febbraio 2021, n. 21.

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Provincia (_____) il ____/____/____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ Provincia (_____) cap _____

Email/pec _____

Tel _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco regionale per esercitare, in via autonoma o dipendente, temporaneamente sul territorio della Regione Calabria presso le Aziende del S.S.R. e presso le strutture sanitarie private o accreditate, purché impegnate nell'emergenza da COVID-19, una professione sanitaria o l'attività di operatore socio – sanitario in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere in possesso del titolo di studio o qualifica professionale di (indicare il nome del titolo di studio in lingua originale)

conseguito presso l'Università/Istituto di qualificazione professionale di

_____ il _____

di avere conseguito eventuale diploma di specializzazione in

_____ rilasciato dall'Università

_____ il _____

di essere iscritto all'Ordine/Albo professionale dei/degli

_____ di (indicare il Paese) _____ dalla seguente

data _____

di conoscere le seguenti lingue:

- ☐ Italiano
- ☐ Altre (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di possedere il seguente indirizzo pec

_____ quale domicilio digitale ove si chiede vengano

inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Allega i seguenti documenti:

- Copia del titolo di studio/dell'attestato di qualifica conseguito all'estero. *(Alla documentazione e all'eventuale dichiarazione di valore deve essere allegata la traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, che ne attesti la conformità all'originale. In alternativa, la traduzione può essere giurata o asseverata presso un Tribunale Italiano.)*
- Certificato di iscrizione all'Ordine/Albo professionale del Paese di provenienza *(tradotta o asseverata presso un Tribunale Italiano. Nel caso in cui nel Paese di provenienza non sia presente un Ordine professionale di riferimento è necessario allegare alla domanda la dichiarazione di*

valore in copia autenticata, rilasciata dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nel Paese dove è stato rilasciato il titolo.)

- Copia del diploma di specializzazione
- Curriculum vitae in formato europeo redatto in lingua italiana
- Copia del documento di identità in corso di validità
- (per i cittadini di Paesi non U.E) permesso di soggiorno che consente di svolgere attività lavorativa.

Il/la sottoscritto/a, in caso di presentazione, in allegato alla presente richiesta, di documenti in copia non autentica, è informato/a che si procederà al riconoscimento solo a seguito dell'attestazione di iscrizione rilasciata dalle rappresentanze diplomatiche all'estero o da quelle estere in Italia o dal Ministero degli Affari Esteri.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo/data _____

FIRMA
