



Ministero della Salute

DOMANDA

per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i. D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



Regione Calabria

Spett.le Regione _____

MARCA DA BOLLO € 16,00

La/Il _____

sottoscritta/o:

(Nome e Cognome)

nata/o a: _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ _ _ _ _ |

chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di:

(effettuare un'unica scelta barrando la casella d'interesse)

<input type="checkbox"/> TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO - (Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58) <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO - (Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)	Professioni Sanitarie della Prevenzione
---	--

<input type="checkbox"/> INFERMIERE - (Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739) <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO - (Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70) <input type="checkbox"/> OSTETRICA/O - (Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)	Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica
---	---

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 inoltre:

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.

- 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 _____

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 personali che vengono conferiti con la partecipazione al presente avviso.

Il Titolare del trattamento è la Regione Calabria. Il Delegato al trattamento dei dati, ai sensi della DGR 29/2021 è il Dirigente del Settore.

Il Responsabile della Protezione dei dati/*Data Protection Officer* ha sede presso la Regione Calabria Cittadella Regionale, Viale Europa Loc. Germaneto, 89100 Catanzaro. La casella mail, a cui potersi rivolgere per le questioni relative ai trattamenti di dati è: rdp@pec.regione.calabria.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 del dichiarante (per esteso e leggibile)
la firma non va autenticata
