

**AVVISO UNICO - D O M A N D A**  
**per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso**  
**ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie**  
**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)**



Ministero della Salute

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)**

<b>PROFESSIONI SANITARIE</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>		
<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)	dal 14 luglio 2023 al 11 settembre 2023	dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024
<b>AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE</b>		
<input type="checkbox"/> Podologo (DM n. 666/94) <input type="checkbox"/> Fisioterapista (DM n. 741/94) <input type="checkbox"/> Logopedista (DM n. 742/94) <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) <input type="checkbox"/> Educatore Professionale (DM n. 520/98)	dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023	dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024
<b>AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE</b>		
<b>AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE</b>		
<input type="checkbox"/> Infermiere (DM n. 739/94) <input type="checkbox"/> Ostetrica/o (DM n. 740/94) <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)	dal 13 novembre 2023 al 11 gennaio 2024	dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024
<input type="checkbox"/> Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario (DM n. 69/97)		

**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.

Sono Titolari del trattamento Il Ministero della Salute e la Regione Basilicata.

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 della Regione Basilicata può essere contattato inviando una email a: [rpdsanita.it](mailto:rpdsanita.it) o all'indirizzo PEC [rpdsanita.it](mailto:rpdsanita.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)*