

**DOMANDA**  
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)



Spett.le Regione

MARCA DA BOLLO € 16,00

La /Il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

**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)**

**PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO**

**AREA 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 della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (DM n. 316/98)
- Igienista Dentale (DM n. 137/99)
- Dietista (DM n. 744/94)

**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.

- di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività: \_\_\_\_\_

presso: \_\_\_\_\_

**DICHIARA** di essere iscritto:

- all'Elenco Speciale per la professione di \_\_\_\_\_ della Provincia di: \_\_\_\_\_  
 Non essere iscritto ad alcun elenco speciale.

- 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 \_\_\_\_\_ (in caso di possesso di più titoli, va inserita solo la data dell'ultimo titolo conseguito)

**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.;

**DICHIARA** di aver preso visione che l'istanza verrà esaminata nel rispetto delle tempistiche e calendarizzazione indicate nell'avviso pubblico;

**CHIEDE** infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): \_\_\_\_\_;

**DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali;

**DICHIARA** ai fini di monitoraggio:

Di essere iscritto all'albo per la ulteriore professione di .....della Provincia di.....

Di non essere iscritto ad alcun albo professionale

Data \_\_\_\_\_ Firma per presa visione di tutto quanto sopra dichiarato \_\_\_\_\_