

*Ala Regione Campania, Direzione generale
per la tutela della salute e il coordinamento
del Sistema Sanitario Regionale, UOD
Personale del Servizio Sanitario Regionale.
12° piano, Isola C3.
Centro Direzionale di Napoli
80143 Napoli*

Oggetto: domanda di inserimento nell'Elenco regionale istituito ai fini dell'esercizio temporaneo delle qualifiche professionali sanitarie e della qualifica professionale di operatore sociosanitario conseguite all'estero ai sensi dell'art. 13 del D.L. 17.03.2020, n. 18 e sue successive integrazioni e modificazioni.

La/Il sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ Provincia (_____) il ___/___/___

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Residente a _____ Provincia (_____) CAP _____

E-mail/PEC _____

Tel _____

CHIEDE

di essere iscritto/a nell'elenco regionale per esercitare, in via autonoma o dipendente, temporaneamente sul territorio della Regione Campania presso le Aziende del S.S.R. e presso le strutture sanitarie private o accreditate, una professione sanitaria o l'attività di operatore sociosanitario 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 _____
il titolo di qualificazione professionale di _____ ;
_____ il _____

- di avere conseguito il diploma di specializzazione in _____
_____ rilasciato dall'Università
_____ il _____ ;

- di essere iscritto all'Ordine/Albo professionale dei/degli
_____ di (*indicare il Paese*) _____ dalla
seguinte data _____ ;

- di conoscere la lingua italiana.

Il/la sottoscritto/a dichiara di

- eleggere il seguente indirizzo PEC _____
quale domicilio digitale ove si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni
inerenti alla procedura attivata con la presente domanda.

o in alternativa

- eleggere il seguente indirizzo

quale domicilio ove si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti
alla procedura attivata con la presente domanda.

A tal fine, allega i seguenti documenti:

- Copia autenticata 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.*)

- Copia autenticata* del programma dettagliato degli studi compiuti che certifichi l'effettuazione di almeno 1.000 ore di formazione, di cui 500 ore di teoria e 500 ore di tirocinio pratico. *(Esclusivamente per gli Operatori Socio Sanitari)*
- Certificato di iscrizione all'Ordine/Albo professionale del Paese di provenienza per le professioni per le quali sia prevista l'iscrizione. *(Tradotto o asseverato presso un Tribunale Italiano. Nel caso in cui nel Paese di provenienza non sia presente un Albo/Ordine professionale di riferimento è necessario allegare alla domanda la dichiarazione di valore rilasciata dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nel Paese dove è stato rilasciato il titolo o sua copia fotostatica autenticata, in bianco e nero, dalle stesse Autorità di cui prima o da un Notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato.)*
- Copia autenticata del Diploma di specializzazione (Se conseguita)
- Curriculum vitae in formato europeo redatto in lingua italiana
- Copia del documento di identità in corso di validità
- Copia del permesso di soggiorno che consenta di svolgere attività lavorativa *(Esclusivamente per i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione Europea)*
- Informativa per il trattamento dei dati personali

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 agli art. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), delle disposizioni attuative di cui al D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato e integrato dal D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101 e della DGR n. 466 del 17/07/2018, 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
