

Domanda di riconoscimento dell'attività sanitaria prestata all'estero per gli operatori afferenti alle **professioni sanitarie di cui alla Legge n. 251/2000 “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”**.

Marca da bollo da 16,00

Bollo non dovuto se inviata dall'estero

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

Il/la sottoscritto/a _____ chiede ai sensi della legge 10 luglio 1960, n. 735 la dichiarazione di equipollenza, ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici e quale titolo valutabile negli stessi, del servizio sanitario prestato all'estero nel periodo/nei periodi di seguito indicato/i:

Luogo: _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

Luogo: _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa)

Ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi:

- a) di essere nata/o _____ il _____ e di risiedere attualmente in Regione Campania, nel comune di _____, alla via _____ n. _____, nella provincia di _____;
- b) di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- c) di essere in possesso del seguente titolo di studio: _____, conseguito presso _____ il _____, abilitante all'esercizio della professione sanitaria di: _____;
- d) di essere iscritto all'Ordine di _____ della Provincia di _____ dal _____;
- e) di essere in possesso del titolo di studio estero di _____ conseguito in _____ il _____ riconosciuto dal Ministero della Salute con decreto n. _____ del _____

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con valore di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà i seguenti stati, qualità personali e fatti:

(eliminare l'affermazione che non interessa)

f) di non essere in possesso di decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato all'estero;

oppure:

di essere in possesso di decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato all'estero e che l'allegata copia del decreto è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000;

g) durante il periodo di lavoro all'estero non risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani;

oppure:

durante il periodo di lavoro all'estero risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani di cui indica di seguito l'ente, la natura e la durata dell'aspettativa o congedo concessi, nonché la qualifica funzionale rivestita e la disciplina praticata:

- _____
- _____

h) di non avere prestato il servizio nell'ambito di un progetto di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, ai sensi della Legge n. 125/2014;

oppure:

di avere prestato il servizio nell'ambito di un progetto di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, ai sensi della Legge n. 125/2014 e che l'allegata copia del contratto di cooperazione è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000;

Allega alla presente domanda, ai fini del riconoscimento richiesto con la medesima:

- fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;

- informativa privacy sottoscritta per presa visione;

- i seguenti certificati ed attestazioni [vanno obbligatoriamente allegati i certificati di cui ai punti 3) e 4), conformemente all'indicazione di cui al punto 5), della "Linee guida per la presentazione della domanda per il riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero"] vistati per conferma dall'Autorità consolare italiana all'estero competente per il luogo dove il servizio è stato prestato

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

- Altro:

- _____
- _____
- _____

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____ Via _____ n. ____ Cap _____

Comune _____ Provincia _____ tel. _____

cellulare _____ PEC/e-mail: _____

Luogo _____ Data _____

Firma _____

(per esteso e leggibile)