

Domanda di riconoscimento dell'attività sanitaria prestata all'estero da parte degli **operatori sanitari, area dirigenza.**

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: (*Apporre una X in corrispondenza del caso di interesse*)

- la dichiarazione di equipollenza, ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici, quale titolo valutabile negli stessi, -
- la dichiarazione di equipollenza, ai fini del riconoscimento di vantaggi economici o professionali, da parte dell'Azienda sanitaria presso cui è dipendente, -
- 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 nato/a a _____ il _____ e di risiedere attualmente nella Regione Campania in via _____ n. _____, comune di _____, provincia di _____;
- b) di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- c) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita in data _____ presso l'Università di _____

_____ ;

- d) di essere in possesso dell'abilitazione, conseguita in data _____ presso l'Università di _____
_____;
- e) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ (*indicare la specialità*) conseguito in data _____ presso l'Università di _____;
- f) di essere iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di _____ dal _____;
- g) di essere in possesso del titolo di studio estero di _____ conseguito in _____ il _____ riconosciuto dal Ministero della Salute con decreto n. _____ del _____ (*se posseduto*);

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)

- h) 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
- i) 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:
- _____
- _____
- j) 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;
- l) durante il servizio all'estero e comunque successivamente all'anno accademico 1991/1992 non era/era iscritta/o a scuole di specializzazione in Italia o in uno dei Paesi dell'U.E. ai sensi del D.l.s n. 257/91;
- m) durante il servizio all'estero era/non era titolare di un contratto di formazione specialista sottoscritto ai sensi del D.l.s 368/99;
- n) il servizio all'estero è stato svolto/non è stato svolto in qualità di borsista;
- o) di non aver utilizzato e di non utilizzare il servizio prestato all'estero per il riconoscimento di una eventuale conseguente specializzazione;

p) 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;

q) che l'allegata copia del decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di cui al precedente punto h) è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 (*se posseduto*).

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)