

pag. 11/21

Ministero della
Salute

a.

DOMANDA
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso
ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni sanitarie dell'Area
della Prevenzione e dell'Area Infermieristica
ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

Spett.le
Provincia Autonoma di Trento
Servizio Politiche sanitarie e per la non autosufficienza
via Gilli, 4 – 38121 TRENTO

PEC : serv.politsanitarie@pec.provincia.tn.it

**MARCA DA
BOLLO
€ 16,00**

Spett.Le Provincia autonoma

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)

<input type="checkbox"/> TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)</i> <input type="checkbox"/> ASSISTENTE SANITARIO - (Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)	Professioni Sanitarie della Prevenzione
<input type="checkbox"/> INFERMIERE - (Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739) <input type="checkbox"/> INFERMIERE PEDIATRICO - (Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70) <input type="checkbox"/> OSTETRICA/O - (Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)	Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche

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 Provincia autonoma:

(Indicare la denominazione del titolo) _____

conseguito entro il 17 marzo 1999, ovvero il ____/____/____ al termine del percorso formativo iniziato entro
31 dicembre 1995, presso

pag. 12/21

(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)

DICHIARA inoltre:

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: _____

- 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 di Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea

Altro (specificare) _____

conseguito/i il _____

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 Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

mail _____

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

La/Il Sottoscritta/o DICHIARA:

di aver preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016

Data _____ Firma per presa visione _____
(per esteso e leggibile)

pag. 13/21



Ministero della Salute

ALLEGATO A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il
TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZA

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)
nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:

Denominazione del titolo: _____

Tipologia del titolo : Diploma di Qualifica Professionale Attestato di Qualifica Professionale o
Diploma di Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea
 Altro _____
(specificare)

Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:

(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)

Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione:

(Es.: delibere regionali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)

Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:

Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:

(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)

Indirizzo sede: _____
(Comune, Provincia)

Data di conseguimento: ____/____/____ **Anno scolastico/accademico** _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata

La/il sottoscritta/o **allega alla presente la copia** del titolo stesso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia del titolo è autentica e conforme all'originale.

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO B
 Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il
CORSO DI FORMAZIONE
 RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
 AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
 DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



La/il sottoscritta/o _____
 (Nome e Cognome)

nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/____
 (Luogo di nascita)_

DICHIARA

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: _____,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a _____

_____ che il relativo percorso
 formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

1 2 3 4 5 per complessive ore: _____ così suddivise:

<p>1° anno – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p>2° anno – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p>3° anno - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p>4° anno – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p>5° anno – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**
 La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **allega copia** del programma del corso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia è autentica e conforme all'originale.

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**
 La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PUBBLICO

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI

UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA

DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTOLa/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

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

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa subordinata:*(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la **Professione Sanitaria** per la quale si chiede l'equivalenza e deve essere stata svolta per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011).***N.B.** Non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato**7 Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

*(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggi il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*Durata complessiva **8 _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** Tempo indeterminato

⁷ ** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.)

⁸ ** L'indicazione della **durata** (anche parziale, cioè part-time) è **obbligatoria**. Il calcolo deve essere effettuato in anni e mesi, considerando come mese intero periodi continuativi di frazioni superiori a quindici giorni. In caso di tempo parziale, la "durata" di ciascun contratto di lavoro deve tenere conto del conteggio effettuato in base alla percentuale e durata del periodo lavorativo in cui è stata svolta un'attività di durata parziale

pag. 16/21

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

*(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*Durata complessiva : **8: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato**7 Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

*(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)*Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)**Durata* complessiva esperienza lavorativa:** _____ (anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

- a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

pag. 17/21



Ministero della Salute

ALLEGATO C-1Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante
ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA**c/o ENTE PRIVATO**RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI
TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

La/il sottoscritta/o _____

(Nome e Cognome)

nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/____

(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa subordinata:*(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la **Professione Sanitaria** per la quale si chiede l'equivalenza, e deve essere stata svolta per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011).***N.B.:** non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito/volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e/o Partita IVA Ente
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |**Tipologia contratto:**

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

 Tempo indeterminato Tempo determinato^{8**} del tipo: Continuativo; In sostituzione/A chiamata; Altro (specificare): _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)**Durata*** complessiva (anni - mesi) _____

10

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente | | | | | | | | | | | | | | | | e/o Partita IVA Ente
 | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

Tempo indeterminato Tempo determinato^{8**} del tipo:

Continuativo; In sostituzione/A chiamata;

Altro (specificare): _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____ (anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

- e) _____
- f) _____
- g) _____
- h) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**
 La firma non va autenticata

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).



Ministero della Salute

ALLEGATO C-2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante
DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA PRIVATA
RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI
UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** che, al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese, le copie dei documenti allegati alla domanda relativi all'attività lavorativa svolta alle dipendenze di enti privati o autonomo/libero professionale, e di seguito elencati, sono autentici e conformi all'originale:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata

