



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)



**REGIONE
PUGLIA**

Spett.le Regione/Provincia

**MARCA DA BOLLO
€ 16,00**

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)

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO
AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE
<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare (DM n. 316/98) <input type="checkbox"/> Igienista Dentale (DM n. 137/99) <input type="checkbox"/> Dietista (DM n. 744/94)
AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE
<input type="checkbox"/> Podologo (DM n. 666/94) <input type="checkbox"/> Fisioterapista (DM n. 741/94) <input type="checkbox"/> Logopedista (DM n. 742/94) <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) <input type="checkbox"/> Educatore Professionale (DM n. 520/98)
AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
<input type="checkbox"/> Infermiere (DM n. 739/94) <input type="checkbox"/> Ostetrica/o (DM n. 740/94) <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE
<input type="checkbox"/> Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

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.

DICHIARA di essere iscritto:

all'Elenco Speciale per la professione di _____ della Provincia di: _____

all'Albo per la professione di _____ della Provincia di: _____

di non essere iscritto ad alcun Albo professionale o Elenco speciale

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

Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

DICHIARA inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto dei termini indicati all'art. 10 della "Procedura per la presentazione delle domande".

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 e-mail _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Data _____ Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

Informativa Privacy

In base al Regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) (di seguito Regolamento) “ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano”. I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell’interessato e i suoi diritti.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni relativi al trattamento dei dati personale che vengono conferiti con la partecipazione al presente avviso.

Sono Titolari autonomi del Trattamento:

- la Regione PUGLIA per la fase iniziale dell’istruttoria;
- il Ministero della Salute per la seconda fase dell’istruttoria.

Il Responsabile della protezione dei dati personali del Ministero della Salute è raggiungibile al seguente indirizzo: Ministero della salute - Responsabile della protezione dei dati personali, viale Giorgio Ribotta, n. 5- 00144 Roma, email: rpd@sanita.it

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione PUGLIA è raggiungibile al seguente indirizzo: rpd@regione.puglia.it

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia e dal Ministero della Salute per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico e, pertanto, ai sensi dell’art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso.

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è la gestione della domanda volta al riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42 e dal conseguente DPCM 26 luglio 2011.

I dati personali forniti dai richiedenti in sede di presentazione delle domande di cui al presente Avviso, o comunque acquisiti a tal fine, sono trattati con modalità elettroniche e cartacee mediante operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione, ai soli fini dell’espletamento delle procedure per il riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal DPCM 26 luglio 2011, e per le relative verifiche, nel rispetto della normativa in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali, nonché alla libera circolazione nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. I dati raccolti potranno essere trattati, in forma aggregata, anche a fini statistici. Il trattamento dei dati è svolto dai soggetti autorizzati dai titolari, o dai designati dagli stessi, nonché dai soggetti che operano per conto dei titolari, ai sensi dell’articolo 28 del Regolamento (UE) 2016/679, quali Responsabili del Trattamento, che agiscono sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate al Ministero della Salute e alle ulteriori Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura, o alle relative verifiche, per il riconoscimento dell’equivalenza. Non è previsto il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali.

Il periodo di conservazione, ai sensi dell’articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato dal tempo stabilito dalle regole interne proprie all’Amministrazione ministeriale, regionale, provinciale e da leggi e regolamenti in materia. All’interessato competono i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l’accesso ai dati personali, la rettifica, l’integrazione o, ricorrendone gli estremi e qualora questo non pregiudichi le attività e gli obblighi connessi alla procedura di riconoscimento, la cancellazione, la limitazione del trattamento, ovvero opporsi al loro trattamento. Inoltre, ha diritto di proporre reclamo, ai sensi dell’articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Garante per la protezione dei dati personali con sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, ovvero ad altra autorità europea di controllo competente.

Il conferimento dei dati necessari a dar corso alla procedura di riconoscimento dell’equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree è obbligatorio e la loro mancata comunicazione preclude lo svolgimento della procedura stessa.

Data _____ Firma per presa visione _____

(per esteso e leggibile)