

Codice DB2013

D.D. 16 ottobre 2013, n. 808

Avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria di cui all'art. 6, comma 3, del D.Lgs 502/92 s.m.i.. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 20 febbraio 2011 recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/08/2011). PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE.

Vista la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante “Disposizioni in materia di Professioni Sanitarie” ed in particolare l’art. 4, comma 2, che demanda ad un decreto Interministeriale del Ministero della Salute, d’intesa con il Ministro dell’Istruzione, Università e Ricerca, l’individuazione di criteri e modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari dell’area sanitaria, ai fini dell’esercizio professionale e dell’accesso alla formazione post-base, ulteriori titoli conseguiti conformemente all’ordinamento in vigore anteriormente all’emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari stessi;

Considerato che, i Ministeri della Salute e dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca Scientifica e le Regioni e Province autonome hanno a suo tempo convenuto di dare attuazione alla predetta disposizione di legge facendo ricorso, anziché al previsto provvedimento ministeriale, ad un Accordo che è stato perfezionato nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Rep. Atto n. 2152).

Visto altresì l’Accordo del 10 febbraio 2011 che apporta talune modifiche alla disciplina di cui al citato Accordo sopra menzionato (Rep. Atti n. 17/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome concernente i criteri e le modalità per il riconoscimento dell’equivalenza ai diplomi universitari dell’area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell’articolo 4, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

Visto il D.P.C.M. 26 luglio 2011 pubblicato sulla G.U. n. 191 del 18/08/2011, di recepimento del predetto Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011, recante “Criteri e modalità per il riconoscimento dell’equivalenza ai diplomi universitari dell’area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell’articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.”.

Atteso che il Ministero della Salute in attuazione di quanto stabilito dal succitato decreto ha provveduto ad emanare una nota circolare prot. n. 0043468 del 20/09/2011 recante “Indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l’attività istruttoria di competenza delle Regioni e Province autonome nell’ambito del procedimento per il riconoscimento dell’equivalenza ai diplomi universitari dell’area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell’articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42.”.

Vista la Deliberazione n. 30-3148 del 19 dicembre 2011 della Regione Piemonte con cui si recepiscono gli atti sopra indicati.

Ravvisata, successivamente alla emanazione del primo Avviso Pubblico rivolto alle Professioni Tecnico Sanitarie, la necessità di sospendere l’emanazione dei successivi avvisi in quanto nella seduta del 18 dicembre 2012 della Conferenza dei Servizi per l’equivalenza dei diplomi ed attestati ai sensi del D.P.C.M. 26 luglio 2011, si è ritenuto necessario sottoporre nuovamente al Ministero dell’Istruzione, dell’Università, e della Ricerca l’individuazione di criteri condivisi e razionali su situazioni comuni, riguardanti le misure compensative la cui proposta originaria non si ritiene applicabile con quanto disposto dal DPCM stesso.

Considerato che tale sospensione è stata confermata dal Ministero della Salute con nota prot. n. 0023879 del 23 maggio 2012.

Atteso che in sede di Conferenza dei Servizi sono state affrontate e risolte le problematiche che ostavano alla emanazione del secondo avviso pubblico riguardante l’Area della Riabilitazione.

Tenuto conto che nella seduta del 1° agosto 2013 la Conferenza dei Servizi sopra indicata ha proposto il 31 ottobre 2013 come termine ultimo per la pubblicazione del bando per l'area della riabilitazione.

Preso atto che come statuito nella circolare del Ministero della Salute prot. n. 36869 del 6/8/2013, decisione ratificata dalla Conferenza di Servizi nella seduta del 2 ottobre 2013, verrà stralciato dall'avviso pubblico in argomento la Professione Sanitaria di Educatore Professionale per la quale si procederà con successivo specifico avviso.

Su proposta del Ministero della Salute d'intesa con il Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, e di tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

IL DIRIGENTE

Visto l'art. 4, comma 2, della Legge n. 42 del 26/02/1999;

Visto l'Accordo Stato-Regioni del 10/02/2011;

Visto il D.P.C.M. 26/07/2011;

Vista la circolare del Ministero della Salute del 20/09/2011;

Vista la Deliberazione regionale 30-3148 del 19 dicembre 2011;

Visto il verbale della seduta del 18/12/2012 della Conferenza dei servizi sulle equivalenze dei titoli di studio ai sensi del D.P.C.M. 26/07/2011;

Visto il verbale della seduta del 1° agosto 2013 della Conferenza sopra indicata;

Viste le note del Ministero della Salute prot. n. 0023879 del 23 maggio 2012 e prot. n. 36869 del 6/8/2013;

determina

- di emanare un Avviso Pubblico e la relativa modulistica di cui agli allegati "A, B, C, C1, C2 e D" per la presentazione delle domande per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria di cui all'art. 6, comma 3 del D.lgs 502/92 s.m.i.. Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011 recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011), in particolare per le PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE con l'esclusione della Professione Sanitaria di Educatore Professionale;
- di pubblicare integralmente sul Bollettino Ufficiale e sul sito Web Istituzionale della Regione Piemonte il presente atto ed i relativi allegati;
- di stabilire il termine di 60 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso Pubblico sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria del pregresso ordinamento ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge 42/1999;
- le domande dovranno essere inviate nei modi e nei termini indicati all'articolo 8 dell'avviso pubblico allegato alla presente determinazione che ne costituisce parte integrante;
- di rinviare a successivi atti l'emanazione dell'Avviso Pubblico relativo alla Professione Sanitaria di EDUCATORE PROFESSIONALE nonché gli avvisi relativi alle Professioni Sanitarie di Infermieristiche ed Ostetriche e delle Professioni Sanitarie della Prevenzione.

Il Dirigente
Claudio Baccon

Allegato



AVVISO PUBBLICO
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA
DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA
SANITARIA, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i..
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011
recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente
del SSR e Affari Generali
DB2013
personale_sanitario@regione.piemonte.it

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 808 DEL 16/10/2013

Si porta a conoscenza degli interessati che sono aperti i termini di presentazione delle domande per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie di:

- Podologo
- Fisioterapista
- Logopedista
- Ortottista-Assistente in oftalmologia
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale
- Terapista occupazionale

Professioni Sanitarie
riabilitative

Per quanto concerne la Professione Sanitaria di **EDUCATORE PROFESSIONALE** si informano gli interessati che verrà emanato un avviso pubblico specifico per tale figura, come statuito nella circolare del Ministero della Salute prot. n. 36869 del 6/8/2013, decisione ratificata dalla Conferenza di servizi nella seduta del 2 ottobre 2013.

Articolo 1

Effetti e modalità di riconoscimento dell'equivalenza

1. Il riconoscimento dell'equivalenza del titolo posseduto è attribuito ai soli fini dell'esercizio professionale, sia subordinato che autonomo, e dell'accesso alla formazione professionale (art. 4, L. 42/99), ed è condizionato al raggiungimento del punteggio previsto, secondo quanto indicato all'art. 3 dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito nel DPCM 26 luglio 2011.
2. Qualora non sia raggiunto il punteggio previsto, il riconoscimento stesso è subordinato all'effettuazione di un percorso di compensazione formativa stabilito in base a criteri individuati con apposito decreto, in corso di adozione, dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Articolo 2

Titoli riconoscibili

1. Possono essere presi in considerazione esclusivamente i titoli rispondenti alle seguenti caratteristiche:
 - a) devono essere stati **conseguiti entro il 17 marzo 1999**, ed il relativo corso formativo deve essere iniziato **entro il 31 dicembre 1995**;
 - b) devono essere stati conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari;
 - c) devono essere evidentemente afferenti all'area sanitaria e riconducibili esclusivamente alle Professioni Sanitarie, in applicazione del comma 2 dell'art. 4 della L. 42/99 e dei relativi profili emanati con Decreto Ministeriale;
 - d) devono aver consentito l'esercizio di attività sanitaria, in conformità all'ordinamento allora vigente;
 - e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione PIEMONTE o da altri Enti preposti allo scopo della medesima Regione, e svolti nell'ambito del territorio regionale.
Per Enti preposti allo scopo si fa riferimento a quegli Enti pubblici che, in base alla normativa vigente all'epoca, erano preposti istituzionalmente o all'espletamento dei corsi di formazione/qualificazione/abilitazione, o al rilascio delle autorizzazioni a corsi che poi – in concreto – possono essere stati svolgi/gestiti anche da Enti privati.

Articolo 3

Titoli non valutabili ai fini del riconoscimento

1. Non sono valutabili ai fini del riconoscimento dell'equivalenza i seguenti titoli/diplomi/attestati/qualifiche comunque denominati e da chiunque rilasciati:
 - a) Infermiere generico (legge 29/10/1954 n° 1046, art. 6 D.P.R. n. 225/74);
 - b) Infermiere psichiatrico (art. 24 del R.D. 16/08/1909, n. 615, legge 29/10/1954 n° 1046);
 - c) Puericultrice (artt. 12 e 13 legge 19 luglio 1940, n. 1098);
 - d) Ottici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - e) Odontotecnici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della Sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - f) Addetti/assistenti alla poltrona dentistica/odontoiatrica;
 - g) Titoli di massofisioterapista conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - h) Massaggiatori (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - i) Capo bagnino degli stabilimenti idroterapici (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - j) Massaggiatori sportivi (legge 26 ottobre 1971, n. 1099 sulla "Tutela sanitaria delle attività sportive, decreto 5 luglio 1975 del Ministero per la sanità);
 - k) titoli universitari rilasciati dalla Facoltà di Pedagogia/Scienze della Formazione per Educatore Professionale conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - l) titoli universitari ISEF, Scienze Motorie;
 - m) titoli di operatore strumentista (C.C.N.L. ANISAP);
 - n) diplomi di infermiera volontaria di Croce rossa che, con la legge del 4 febbraio 1963 n. 95, furono equiparati al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico;
 - o) titoli rilasciati agli infermieri militari previsti dall'ordinamento del personale civile dello Stato dal Decreto 124/71 del 25 febbraio, articolo 10, e dal D.M. n. 19 del 12/12/90.

Articolo 4

Titoli già equipollenti*

1. Non verranno presi in considerazione titoli già dichiarati equipollenti ai diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99, che per le Professioni Sanitarie riabilitative, si riportano di seguito:
 - a) **Podologo** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 22 agosto 2000, n. 195): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di podologo, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
 - b) **Fisioterapista** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 16 agosto 2000, n. 190): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
 - c) **Logopedista** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 22 agosto 2000, n. 195) modificato ed integrato dal DM 9 ottobre 2002 (Gazz. Uff. 26 ottobre 2002, n. 252): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di logopedista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
 - d) **Ortottista - assistente di oftalmologia** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 17 agosto 2000, n. 191): "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di ortottista - assistente di oftalmologia ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
 - e) **Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 22 agosto, n. 195): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
 - f) **Tecnico della riabilitazione psichiatrica** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 16 agosto, n. 190): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";

* Mentre il riconoscimento dell'equipollenza di un titolo ad un altro è sancito da una norma, nell'equivalenza il riconoscimento di un titolo ad un altro è subordinato ad una procedura di valutazione del singolo caso concreto, si realizza in presenza di determinati requisiti, ed avviene su istanza dell'interessato.

- g) **Terapista occupazionale:** DM 27 luglio 2000 (Gazz. Uff. 14 agosto 2000, n. 189): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di terapeuta occupazionale ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

Articolo 5 Produzione del titolo

2. L'attestazione relativa al titolo di cui si richiede il riconoscimento dell'equivalenza conseguito presso un **ente pubblico** deve essere resa, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A).
3. Qualora il titolo sia stato conseguito presso un **ente privato** (ancorchè autorizzato da un ente pubblico), il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A) attestante il conseguimento del titolo, la copia del titolo prodotta secondo una delle seguenti modalità:
 - a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 (Allegato A);
 - b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000.

Articolo 6 Elementi per la valutazione del titolo

1. Al fine di consentire la valutazione del titolo il richiedente dovrà fornire idonee specificazioni riguardo alla durata del corso di formazione ed all'esperienza lavorativa di cui è in possesso.
 - 1.1 Per quanto riguarda la durata del corso di formazione, ai sensi del DPR 445/2000 s.m.i., il richiedente dovrà produrre una dichiarazione sostitutiva di certificazione in cui riportare la durata complessiva della formazione in anni, in ore di insegnamento e tutte le informazioni richieste come da fac-simile Allegato B.
 - 1.2 Qualora il corso sia stato svolto presso un ente formativo privato (ancorchè autorizzato da un ente pubblico) il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato B) la copia del programma del corso al fine di comprovare le dichiarazioni rese.
2. Per ciò che attiene all'esperienza lavorativa¹, l'interessato deve dimostrare che la stessa:
 - a) sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella sanitaria prevista per la Professione rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
 - b) sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **anteriores al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del DPCM 26 luglio 2011;
 - 2.1. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico deve essere resa, ai sensi del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio come da Fac-simile Allegato C.
 - 2.2. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro privato deve essere resa, ai sensi del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da Fac-simile Allegato C-1.

Nel caso il richiedente abbia svolto esperienza lavorativa subordinata sia alle dipendenze di datori di lavoro pubblico che privato, dovrà compilare entrambi i moduli per le relative attività.

Al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità lavorativa, e che si tratti di attività legittime, il richiedente deve allegare appropriata documentazione comprovante quanto dichiarato, potendo utilizzare i seguenti documenti:

- a) copia del/dei contratti di lavoro sottoscritti ed eventuali ulteriori documenti (es. dichiarazione del datore di lavoro) idonei ad attestare l'attività lavorativa svolta, la durata, la tipologia e l'inquadramento contrattuale; la qualifica, le mansioni e/o le prestazioni svolte;
- b) dichiarazione dei redditi con riferimento ai quadri del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito"*;

¹ Non può essere considerata "attività lavorativa" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.

* Quadri utili a ricostruire la "natura del reddito" nella dichiarazione dei redditi:

- per attività subordinata: **Modello 740, quadro C – CUD per identificazione del datore di lavoro.**
- per attività libero professionale (lavoratore autonomo singolo): **Modello UNICO, quadro RE.**
- per lavoratore autonomo socio di una società/studio/coop./altro ente: **Modello UNICO, quadro RH.**

c) copia di altri documenti ritenuti idonei a dimostrare quanto dichiarato.

I predetti documenti devono essere prodotti secondo una delle seguenti modalità:

- a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000.

2.3. L'attestazione relativa all'attività lavorativa autonoma/libero professionale deve essere resa, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da fac-simile Allegato D.

Al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità e la continuità lavorativa, e che si tratti di attività legittime, il richiedente deve allegare appropriata documentazione comprovante quanto dichiarato, potendo utilizzando i seguenti documenti:

- a) codice attività;
- b) incarichi professionali sottoscritti;
- c) dichiarazione dei redditi, con riferimento ai quadri del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito"* ;
- d) atto societario, dal quale si evinca il ruolo e l'attività svolta dal richiedente presso la società/studio/coop./altro ente di cui è socio;
- e) eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la natura e l'anzianità dell'attività lavorativa svolta.

I predetti documenti devono essere prodotti secondo una delle seguenti modalità:

- a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000.

3. Qualora l'amministrazione ricevente ritenga necessario approfondire le informazioni contenute nella documentazione inviata, ne richiederà opportuna integrazione.

4. Per consentire una corretta valutazione di quanto autocertificato, è necessario che le dichiarazioni sostitutive siano redatte in modo analitico e contengano tutti gli elementi che verrebbero indicati se i documenti stessi fossero rilasciati dall'Ente competente, pena il verificarsi di una situazione di falsità o di non veridicità, con le dovute conseguenze di legge, o di incompletezza, per cui ne deriverebbe l'impossibilità di effettuare un apprezzamento di quanto descritto. Si raccomanda pertanto l'utilizzo dei fac-simili allegati al presente avviso.

Art. 7

Richiesta elementi integrativi - Dichiarazione di inammissibilità.

1. Nel caso in cui, durante l'istruttoria delle domande, si dovesse riscontrare il difetto degli elementi previsti, ed in particolare, qualora dalle dichiarazioni sostitutive non dovessero rinvenirsi le informazioni richieste, la Regione Piemonte provvederà a richiedere all'interessato l'integrazione di detti elementi. Tale integrazione, ai sensi della L. 241/90 s.m.i., dovrà essere fornita nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della comunicazione stessa e, in mancanza di essa, non verrà dato ulteriore corso alla domanda che verrà dichiarata inammissibile. Di ciò verrà fornita apposita comunicazione.

2. Qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi, non verrà dato ulteriore corso all'istanza, la quale verrà dichiarata inammissibile:

- a) il titolo di cui si chiede l'equivalenza non sia stato conseguito entro il 17 marzo 1999 o il relativo corso formativo sia iniziato dopo il 31 dicembre 1995;
- b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 3 del presente avviso;
- c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai Decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99, come indicato nell'art. 4, del presente avviso;
- d) si tratti di titoli conseguiti all'esito di corsi che non sono stati autorizzati dalla Regione PIEMONTE, o da altri Enti preposti allo scopo, o non si siano effettuati nell'ambito del territorio regionale;

Di ciò verrà fornita apposita comunicazione.

Articolo 8

Domanda per il riconoscimento del titolo

1. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, alla quale deve essere apposta una marca da bollo da €16,00.

La domanda potrà essere spedita:

- a) o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

REGIONE PIEMONTE – ASSESSORATO ALLA SANITA' – Direzione B20 Sanità – Settore DB2013
Settore Personale Dipendente del SSR e Affari Generali – Corso Regina Margherita 153 bis, 10122
TORINO

indicando sulla busta l'oggetto della procedura: “Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99”.

- b) o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: sanita@cert.regione.piemonte.it, utilizzabile esclusivamente per i possessori di casella di posta elettronica certificata indicando nell'oggetto: “Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99”.

Tutti i documenti allegati alla PEC dovranno essere “strutturate” nel seguente modo:

- inviati in formato PDF.
- File aventi singolarmente una dimensione non superiore ai 2MB
- Sottoscrizione con firma digitale (art. 21 d.lgs n. 82/2005) e alle seguenti condizioni:
 - che le firme si riferiscano a file nei formati sopra indicati
 - che le firme e le marche temporali siano embedded e non detached (il file formato e la firma devono essere contenuti in un'unica busta-file)
 - che le firme siano valide al momento della ricezione

Il pagamento dell'imposta di bollo deve essere effettuata con le modalità previste per i documenti informatici prescritte dal decreto del Ministero dell'Economia e Finanze 23 gennaio 2004

2. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere spedita entro il termine perentorio 60 giorni a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul BUR della Regione Piemonte del presente avviso. Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato allo stesso giorno successivo non festivo.
3. In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.
4. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso.
5. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000:
 - a) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita;
 - b) il titolo di cui si chiede l'equivalenza, la data di conseguimento dello stesso, l'Istituto o Ente che ha rilasciato il titolo e la durata del corso;
 - c) l'eventuale attività lavorativa svolta e l'attuale occupazione;
 - d) titoli di studio posseduti in aggiunta al titolo di cui si chiede l'equivalenza (es: diploma di scuola media, diploma di scuola superiore, ecc.);
 - e) il recapito, o indirizzo PEC, presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.
6. Alla domanda non devono essere allegati certificati o attestati di frequenza relativi a corsi di aggiornamento e/o corsi di formazione continua (ECM) per il conseguimento dei crediti formativi, altri titoli specialistici o master, partecipazione a corsi liberi, né i curriculum vitae, in quanto non costituiscono oggetto di valutazione. Diversamente verranno eliminati.
7. Nella domanda il richiedente dovrà inoltre indicare il domicilio o recapito, oppure l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, presso il quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del richiedente, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

8. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di nullità della stessa. La firma non deve essere autenticata e dovrà essere allegata alla domanda stessa una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.
9. Le domande spedite oltre i termini stabiliti al precedente comma 2, non saranno considerate valide ai fini del presente avviso, e la documentazione prodotta potrà essere restituita previa richiesta avanzata per iscritto. L'interessato potrà presentare, nei termini e con le modalità previste dagli Avvisi pubblici che verranno emanati in seguito, una nuova domanda.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione Piemonte alla seguente pagina: [sul sito http://www.regione.piemonte.it - Aree Tematiche - Sanità - AVVISI E BANDI](http://www.regione.piemonte.it - Aree Tematiche - Sanità - AVVISI E BANDI)
<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/bandi-e-avvisi.html>

Eventuali ulteriori informazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

Articolo 9

Sanzioni per dichiarazioni mendaci

1. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dall'interessato, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Articolo 10

Privacy

1. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Piemonte per le finalità di gestione della domanda. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura per l'equivalenza.

Articolo 11

Disposizioni finali e di rinvio

1. Agli istanti non verrà data comunicazione dell'avvio del procedimento.
2. Per quanto non espressamente contenuto nel presente avviso si rinvia all'Accordo Stato/Regioni n. rep. n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con DPCM del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

INFORMATIVE:

- Una volta conclusa la fase istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute (tale termine potrà essere sospeso per 30 giorni per effetto di quanto previsto all'art. 7 del presente avviso).
- Entro i successivi 80 giorni, il procedimento verrà concluso con un provvedimento emanato dal Ministero della Salute.
- Avverso il provvedimento ministeriale sarà possibile esperire ricorso al TAR Lazio entro i termini previsti dal D.lgs 02/07/2010, n. 104 "Codice del Processo Amministrativo".
- Ai sensi della L. 241/1990 e successive modifiche,
 - il responsabile dell'istruttoria è la Regione Piemonte,
 - il responsabile del procedimento è il Ministero della Salute.
- Gli interessati hanno facoltà di esercitare il diritto di accesso agli atti del procedimento di riconoscimento dell'equivalenza secondo le modalità previste dal D.P.R. del 12 aprile 2006, n. 184.



Ministero della Salute

DOMANDA

per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i..

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



REGIONE PIEMONTE

DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente del
SSR e Affari Generali
DB2013

personale.sanitario@regione.piemonte.it

Spett.le

REGIONE PIEMONTE – ASSESSORATO ALLA SANITA' – Direzione B20 Sanità
Settore DB2013 Settore Personale Dipendente del SSR e Affari Generali –
Corso Regina Margherita 153 bis, 10122 TORINO

MARCA DA BOLLO € 16,00

Posta Elettronica Certificata

Raccomandata A.R.
(barrare la casella)

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 una unica scelta barrando la casella corrispondente):

Podologo *(DM 14.09.1994, n. 666)*

Fisioterapista *(D.M. 14.09.1994, n. 741)*

Logopedista *(D.M. 14.09.1994, n. 742 s.m.i.)*

Ortottista – Assistente di Oftalmologia *(D.M. 14.09.1994, n. 743)*

Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva *(D.M. 17.01.1997, n. 56)*

Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica *(D.M. 29.03.2001, n.182)*

Terapista Occupazionale *(D.M. 17.01.1997, n. 136)*

**PROFESSIONI
SANITARIE
RIABILITATIVE**

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 | ___ | ___ | ___ | presso _____

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

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995.

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 Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea
- Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

ALLEGA alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, A1, 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 regionale o provinciale 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 ex art. 13 decreto legislativo 196/2003.

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data _____ Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)



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)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente del
SSR e Affari Generali
DB2013
personale.sanitario@regione.piemonte.it

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, 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
- 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

Il/la sottoscritto/a **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)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente del
SSR e Affari Generali
DB2013
personale.sanitario@regione.piemonte.it

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

nato/a 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:

1° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	2° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
3° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	4° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
5° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, il/la sottoscritto/a **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 notarico 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)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale
Dipendente del SSR e Affari

Generali
DB2013

personale.sanitario@regione.piemonte.it

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

nato/a 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 SANITARIA coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione 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" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** 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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____ %, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** 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)

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

* 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.

Durata*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** 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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** 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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____

(anni - mesi)

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



Ministero della Salute

ALLEGATO C-1

Dichiarazione 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)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente del
SSR e Affari Generali
DB2013
personale_sanitario@regione.piemonte.it

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

nato/a 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 SANITARIA coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione 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" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.

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 ** 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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____ %, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____ %, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

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

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

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** 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*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____ %, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

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



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)



DIREZIONE SANITA'
Settore Personale Dipendente del
SSR e Affari Generali
DB2013
personale.sanitario@regione.piemonte.it

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

Attività svolta _____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(mesi/anni)

=====

Tipologia attività lavorativa:

Libero professionista Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa

Partita IVA | _ _ _ _ _

Codice Fiscale | _ _ _ _ _

Denominazione impresa/società _____

Stato: in attività cessata altro (spec.) _____

Codice attività | _ _ _ _ _ Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (indirizzo) _____

Attività svolta _____

Ruolo assunto nell'ambito di una Società _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(mesi/anni)

=====

<p>Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____ (anni - mesi)</p>
--

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata 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