Deliberazione della Giunta Regionale 12 luglio 2023, n. 22-7193
**Legge 42/1999. D.P.C.M. 26/07/2011. Conferenza di Servizi del Ministero della Salute del 20 aprile 2023. Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento afferenti ai titoli universitari delle diverse aree delle professioni sanitarie: tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e ...**

Seduta N° **377** Adunanza 12 LUGLIO 2023

Il giorno 12 del mese di luglio duemilaventitre alle ore 13:55 in Torino presso la sede della Regione Piemonte, via Nizza 330 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente , Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Elena Chiorino, Luigi Genesio Icardi, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Marco Protopapa, Fabrizio Ricca, Andrea Tronzano con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.
Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori
Chiara CAUCINO - Marco GABUSI - Matteo MARNATI

**DGR 22-7193/2023/XI**

**OGGETTO:**
Legge 42/1999. D.P.C.M. 26/07/2011. Conferenza di Servizi del Ministero della Salute del 20 aprile 2023. Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento afferenti ai titoli universitari delle diverse aree delle professioni sanitarie: tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione.

A relazione di: Icardi

Premesso che:

- con la Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", è stato previsto all'art. 4, comma 2, che con decreto del Ministro della Sanità d'intesa con il Ministro del MIUR si sarebbe provveduto a stabilire i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e s.m.i., 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;
- con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancito nella seduta del 10 febbraio 2011 della Conferenza Stato-Regioni (Atto Rep. n. 17/CSR), si è provveduto, pertanto, a stabilire i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitarie dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della citata L. n. 42/1999;
- con D.P.C.M. del 26 luglio 2011, pubblicato sulla G.U. n. 191 del 18 agosto 2011, è stato recepito il suddetto Accordo Stato-Regioni;
- con la nota circolare, Prot. n. 43468 del 20 settembre 2011, il Ministero della Salute ha fornito

le indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e PP.AA. nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento in attuazione del sopra richiamato art. 4, comma 2, della Legge 42/1999;

- con deliberazione n. 30-3148 del 19 dicembre 2011, la Giunta regionale ha provveduto a dare attuazione al D.P.C.M. del 26 luglio 2011 e ad emanare con l'adozione di successivi provvedimenti gli avvisi pubblici regionali per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria relativamente, tra l'altro, alle professioni sanitarie riabilitative secondo la fattispecie definita dal D.M. del 29 marzo 2001.

Premesso, inoltre, che:

- la L. 11 gennaio 2018, n. 3 (c.d Lorenzin) "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute" ha previsto che per l'esercizio delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione all'albo professionale e che, per l'iscrizione all'albo, è strettamente necessario il possesso di un titolo professionale abilitante;
- il Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2018 ha previsto la costituzione degli albi delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, stabilendo, all'art. 2, che tra i requisiti necessari per l'iscrizione all'albo vi è il possesso della laurea abilitante all'esercizio della professione sanitaria, ovvero titolo equipollente o equivalente alla laurea abilitante;
- il Decreto del Ministero della Salute del 9 agosto 2019 reca le disposizioni sulla "Istituzione degli elenchi speciali ad esaurimento istituiti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

Preso atto che:

- con la sentenza del TAR Piemonte, n. 00414/2022 del 2 maggio 2022, si ritiene necessario che le Regioni e le PP.AA assicurino ciclicamente la pubblicazione degli avvisi pubblici sul riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento di cui al DPCM 27 luglio 2011 e che la circolare del Ministero della Salute, Prot. n. 43468 del 20 settembre 2011, ha valenza esclusivamente organizzativa con lo scopo di fornire indicazioni operative per lo svolgimento in modo coordinato dell'attività istruttoria di competenza delle Regioni e delle PP.AA.;
- il Ministero della Salute, le Regioni e le PP.AA. in sede di Conferenza di Servizi, tenutasi in data 20 aprile 2023, hanno convenuto di emanare un avviso pubblico unico sul riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento di cui al DPCM 27 luglio 2011, contenente una calendarizzazione di distinti periodi suddivisi per Area delle Professioni Sanitarie e rispetto ai quali gli interessati potranno presentare istanza, garantendo così uno svolgimento ordinato ed efficiente dell'attività amministrativa;
- a seguito della Conferenza dei Servizi del 20 aprile 2023, i rappresentanti delle Regioni e delle PP.AA. del Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi", hanno condiviso i contenuti dell'avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento afferenti ai titoli universitari delle diverse aree delle professioni sanitarie, ovvero tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione. A tal proposito, il coordinatore del citato Tavolo tecnico, con nota Prot. n. 29004 del 30/05/2023, ha opportunamente informato il Ministero della Salute sulle decisioni condivise dai rappresentanti delle Regioni e delle PP.AA, su cui lo stesso Ministero non ha espresso alcuna obiezione e con nota, Prot. n. 34267 del 16 giugno 2023 ha preso atto dell'emanazione dell'avviso pubblico unico in oggetto;

Ritenuto, pertanto, di:

- recepire e approvare lo schema dell'Avviso pubblico unico (Allegato 1), il modello di domanda (Allegato 2) e la documentazione ad essi allegata (Allegati A,B,C,C-1,C-2 e D), che

costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, secondo la calendarizzazione dei termini previsti dall'articolo 1 del citato Avviso pubblico unico, afferenti ai titoli universitari delle diverse aree delle professioni sanitarie, ovvero tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione, così come condiviso nell'ambito della Conferenza dei Servizi del 20 aprile 2023 e successivi incontri del Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi" e riportanti le modifiche e le integrazioni non sostanziali finalizzate a tenere conto delle modalità operative o di forma specifiche di questa amministrazione regionale;

- stabilire che le domande presentate dagli interessati secondo termini diversi da quelli previsti all'articolo 1 dell'Avviso pubblico unico verranno trattate come segue:
    - le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per ogni singola Professione Sanitaria nel 1° ciclo saranno esaminate successivamente secondo i termini indicati per il 2° ciclo in corrispondenza della specifica Professione Sanitaria;
    - le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per il 2° ciclo saranno esaminate nel semestre successivo alla data di presentazione.
- demandare alla Direzione regionale "Sanità", Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR", di provvedere all'attività istruttoria di competenza regionale nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi di area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento relativamente alle professioni sanitarie afferenti alle diverse aree professionali (tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione) , in attuazione dell'art. 4, comma 2, della L. 26 febbraio 1999, n. 42; nonché di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte (B.U.R.P.), nonché sul sito istituzionale regionale;

prendere atto che nell'attività istruttoria di competenza regionale, che si configura come fase endoprocedimentale all'interno del procedimento complesso di riconoscimento di equivalenza, il citato Settore regionale seguirà le modalità operative indicate dal Ministero della Salute con la circolare n. 43468 del 20 settembre 2011.

Visto il D.Lgs. n. 502/1992 del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;
vista la L. 26 febbraio 1999, n. 42 e s.m.i;
visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011;
visto il D.P.C.M. del 26 luglio 2011;
visto il Decreto del 22 giugno 2016;
vista la L. 11 gennaio 2018 (c.d Lorenzin);
vista la L.R. 28 luglio 2008, n. 23;
Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.
Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1 – 3361 del 14 giugno 2021.

Tutto ciò premesso

la Giunta regionale, unanime,

*delibera*

- di recepire ed approvare lo schema dell'avviso pubblico unico (Allegato 1), il modello di domanda (Allegato 2) e la documentazione ad essi allegata (Allegati A,B,C,C-1,C-2, e D), che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento secondo

la calendarizzazione dei termini previsti dall'articolo 1 del citato Avviso pubblico unico, afferenti ai titoli universitari delle diverse aree delle professioni sanitarie, ovvero tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione, così come condiviso nell'ambito della Conferenza dei Servizi del 20 aprile 2023 e successivi incontri del Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi" e riportanti le modifiche e le integrazioni non sostanziali finalizzate a tenere conto delle modalità operative o di forma specifiche di questa amministrazione regionale;

- di stabilire che le domande presentate dagli interessati secondo termini diversi da quelli previsti all'articolo 1 dell'Avviso pubblico unico verranno trattate come segue:

    - le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per ogni singola Professione Sanitaria nel 1° ciclo saranno esaminate successivamente secondo i termini indicati per il 2° ciclo in corrispondenza della specifica Professione Sanitaria;
    - le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per il 2° ciclo saranno esaminate nel semestre successivo alla data di presentazione.

- di demandare alla Direzione regionale "Sanità", Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del SSR", l'attività istruttoria di competenza regionale nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi di area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento relativamente alle professioni sanitarie afferenti alle diverse aree delle professioni sanitarie, ovvero tecnico sanitarie, sanitarie riabilitative, infermieristiche ed ostetriche e della prevenzione, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della L. 26 febbraio 1999, n. 42; nonché di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte (B.U.R.P.), nonché sul sito istituzionale regionale;
- di prendere atto che nell'attività istruttoria di competenza regionale, che si configura come fase endoprocedimentale all'interno del procedimento complesso di riconoscimento di equivalenza, il citato Settore regionale competente seguirà le modalità operative indicate dal Ministero della Salute con la circolare n. 43468 del 20 settembre 2011;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti il Tribunale Amministrativo Regionale entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice Civile.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

Allegato

Ministero della Salute

**AVVISO PUBBLICO UNICO**
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 n. 502/92 s.m.i.
Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

REGIONE PIEMONTE

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 cui alla L. 251/2000.

## Articolo 1
## Presentazione delle istanze – cicli temporali

1. Le istanze potranno essere presentate secondo il calendario di seguito riportato con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.
2. Per ogni Area delle Professioni Sanitarie sono previsti due cicli temporali utili alla presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari:

| **PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO** | **1° CICLO** TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE | **2° CICLO** TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE |
|---|---|---|
| **AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE** *Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale, Dietista* | Dal 14 luglio 2023 all'11 settembre 2023 | Dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024 |
| **AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE** *Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista-Assistente in oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale* | Dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023 | Dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024 |
| **AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE** *Infermiere, Ostetrica/o, Infermiere pediatrico* | Dal 13 novembre 2023 all'11 gennaio 2024 | Dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024 |
| **AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE** *Tecnico della prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, Assistente sanitario* | | |

## Articolo 2
## 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 post-base (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 D.P.C.M. 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 il decreto direttoriale della Direzione generale dell'Università, dello Studente e del Diritto allo studio, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 19 marzo 2014.

**Articolo 3**
**Titoli riconoscibili**

1. I titoli che possono essere ammessi alla procedura di valutazione del riconoscimento dell'equivalenza debbono possedere le 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 *(si vedano in proposito i decreti ministeriali riportati alla successiva lett. c) in corrispondenza di ogni Professione Sanitaria);*
   c) devono essere riconducibili alle singole Professioni Sanitarie interessate, in applicazione del comma 2, dell'art. 4 della Legge n. 42/99 e dei relativi profili emanati con i decreti ministeriali di seguito elencati:

| DECRETI MINISTERIALI DI INDIVIDUAZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI | |
|---|---|
| PROFESSIONI TECNICO SANITARIE | Tecnico Audiometrista *(DM n. 667/94)*<br>Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico *(DM n. 745/94)*<br>Tecnico Sanitario di Radiologia Medica *(DM n. 746/94)*<br>Tecnico di Neurofisiopatologia *(DM n. 183/95)*<br>Tecnico Ortopedico *(DM n. 665/94)*<br>Tecnico Audioprotesista *(DM n. 668/94)*<br>Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare *(DM n. 316/98)*<br>Igienista Dentale *(DM n. 137/99)*<br>Dietista *(DM n. 744/94)* |
| PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE | Podologo *(DM n. 666/94)*<br>Fisioterapista *(DM n. 741/94)*<br>Logopedista *(DM n. 742/94)*<br>Ortottista – Assistente di Oftalmologia *(DM n. 743/94)*<br>Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva *(DM n. 56/97)*<br>Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica *(DM n. 182/01)*<br>Terapista Occupazionale *(DM n. 136/97)*<br>Educatore Professionale *(DM n. 520/98)* |
| PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE | Infermiere *(DM n. 739/94)*<br>Ostetrica/o *(DM n. 740/94)*<br>Infermiere Pediatrico *(DM n. 70/97)* |
| PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE | Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro *(DM n. 58/97)*<br>Assistente Sanitario *(DM n. 69/97)* |

   d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.7.2011)
   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 svolti/gestiti anche da Enti privati.

**Articolo 4**
**Titoli esclusi dalla procedura di valutazione 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 5**
**Titoli già equipollenti***

1. Non verranno presi in considerazione titoli già dichiarati equipollenti ai rispettivi diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 42/99 di seguito riportati per le singole Professioni Sanitarie:

| PROFESSIONE SANITARIA | RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI |
|---|---|
| **TECNICO SANITARIE** | |
| **Area Tecnico - diagnostica** | |
| TECNICO AUDIOMETRISTA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 |
| TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000 |
| TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| **Area Tecnico – assistenziale** | |
| TECNICO ORTOPEDICO | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 |
| TECNICO AUDIOPROTESISTA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE VASCOLARE | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000 |
| IGIENISTA DENTALE | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| DIETISTA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| **RIABILITATIVE** | **RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI** |

* *****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.

| | |
|---|---|
| PODOLOGO | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| FISIOTERAPISTA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000 |
| LOGOPEDISTA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| ORTOTTISTA-ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 |
| TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000 |
| TERAPISTA OCCUPAZIONALE | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000 |
| EDUCATORE PROFESSIONALE | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000<br>D.M. 22 giugno 2016 – G.U. n. 196 del 23.8.2016<br>D.M. 29 marzo 2001 n. 182 – G.U. n. 115 del 19.5.2001<br>Legge n. 145 del 30/12/2018, comma 539<br>(G.U. n. 302 - S.O. n. 62 del 31.12.2018)<br>Legge n.160 del 27/12/2019, art. 1, comma 465<br>(G.U. n. 304 - S.O. n. 45 del 30.12.2019) |
| **INFERMIERISTICA E OSTETRICA/O** | |
| INFERMIERE | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 |
| OSTETRICA/O | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| INFERMIERE PEDIATRICO | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |
| **TECNICO DELLA PREVENZIONE** | |
| TECNICO DELLA PREVENZIONE DELL'AMBIENTE E DEI LUOGHI DI LAVORO | D.M. 27-7-2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000<br>integrato dal D.M. 3-11-2011 (G.U. n. 277 del 28/11/2011) |
| ASSISTENTE SANITARIO | D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 |

## Articolo 6
## Produzione del titolo

1. 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 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**).

2. Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente privato (ancorché 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 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

## Articolo 7
## Valutazione del titolo e dell'esperienza lavorativa

1. Al fine di consentire il riconoscimento dell'equivalenza 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 D.P.R. n. 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 (ancorché 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 lavorativa, l'interessato deve dimostrare che la stessa:

   2.1 sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile[1] a quella prevista per le Professioni Sanitarie rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;

   2.2 sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **antecedenti al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del D.P.C.M. 26 luglio 2011**;**

   2.3 sia attestata per tutti gli anni di cui al punto 2.2 e antecedenti, tramite le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio come da fac-simile **Allegati C, C-1, D**, rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 s.m.i. e da appropriata documentazione che ne certifichi l'effettivo svolgimento per tutti gli anni/mesi/giorni dichiarati.

3. In APPENDICE al presente avviso sono riportante le indicazioni per la produzione delle attestazioni/autocertificazioni richieste riguardanti l'esperienza lavorativa.

**Art. 8**
**Richiesta elementi integrativi**

1. Nel caso in cui, durante la fase iniziale dell'istruttoria riservata alle Regioni ai fini del perfezionamento dell'istanza, si dovesse riscontrare il difetto degli elementi previsti, ed in particolare, qualora dalle dichiarazioni sostitutive, o dalla documentazione inviata, non dovessero rinvenirsi le informazioni necessarie, le Regioni e Province autonome provvederanno alla richiesta delle relative integrazioni.
   Tali integrazioni dovranno essere fornite dall'istante nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della richiesta e dovranno essere trasmesse con le modalità che verranno indicate.
   Eventuali disguidi nel loro recapito all'amministrazione dovuti ad inesatte indicazioni, saranno imputati all'istante che non potrà sollevare eccezioni di sorta in merito.

**Art. 9**
**Comunicazione di inammissibilità**

1. Qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi non verrà dato ulteriore corso all'istanza:

   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, così come indicato nell'art. 3, lett. a) del presente avviso;

   b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 4 del presente avviso;

   c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n. 42/99, come indicato nell'art. 5 del presente avviso;

   Di ciò verrà fornita apposita comunicazione a cura delle Regioni e Province autonome.

**Articolo 10**
**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.
2. La domanda deve essere corredata dagli appositi Allegati A, B, C e/o C1 e/o C2 e/o D, compilati e sottoscritti.
3. La domanda dovrà essere spedita:
   a) a mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: **personale.sanitario@cert.regione.piemonte.it** indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99"*.

   La domanda e tutti i documenti allegati alla stessa dovranno essere sottoscritti dall'istante e inviati via PEC in formato PDF.
   Il pagamento della marca da bollo sarà ritenuto assolto, previi:
   - apposizione della marca da bollo sul frontespizio della domanda;

1 Per comprovare l'assimilabilità dell'attività lavorativa, utilizzare i parametri/documenti riportati in APPENDICE al presente avviso

- annullamento della marca da bollo, ossia del contrassegno telematico comprato presso la rivendita di valori bollati (tabacchierie e simili), che deve riportare una data di emissione uguale o antecedente a quella della domanda;
- scannerizzazione in formato PDF del modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto dall'istante dal quale si evince l'avvenuto annullamento della marca da bollo

4. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere inoltrata secondo la calendarizzazione dei termini previsti dall'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico, consultabile anche sulle pagine web del sito regionale, con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.

5. Le domande inoltrate secondo termini diversi da quelli previsti all'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico verranno trattate come segue:
   a) le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per ogni singola Professione Sanitaria nel 1° ciclo saranno esaminate successivamente secondo i termini indicati per il 2° ciclo in corrispondenza della specifica Professione Sanitaria;
   b) le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per il 2° ciclo saranno esaminate nel semestre successivo alla data di presentazione.

6. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione/Provincia autonoma ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso

   La data di spedizione tramite PEC della domanda è stabilita e comprovata dalla data di invio della PEC.

7. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.

8. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

   c) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita;
   d) 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;
   e) l'eventuale attività lavorativa svolta e l'attuale occupazione;
   f) titoli di studio posseduti in aggiunta al titolo di cui si chiede l'equivalenza (es: diploma di scuola media, diploma di scuola superiore, ecc.);
   g) il recapito, o indirizzo PEC, presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.

10. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni apposte dall'interessato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per omissione o apposizione di un oggetto diverso da quello indicato nella PEC, né per eventuali disguidi postali, informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

11. 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.

12. 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 una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione

Eventuali informazioni o precisazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

**Articolo 11**

**Autocertificazioni e sanzioni per dichiarazioni mendaci**

1. 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-simile allegati al presente avviso.

2. Per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000. Inoltre, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dall'interessato, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**Articolo 12**
**Privacy - Informativa sul trattamento dei dati personali**

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:
Il Ministero della Salute e la Regione Piemonte.
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/Provincia Autonoma è raggiungibile al seguente indirizzo email: dpo@regione.piemonte.it, con una comunicazione avente la seguente intestazione "All'attenzione del DPO della Regione Piemonte";

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Piemonte 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 dallo stesso, 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 di 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.

**Articolo 13**
**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 D.P.C.M. del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

**INFORMATIVE:**

- Una volta conclusa la fase iniziale dell'istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute
- Entro i successivi 80 giorni, previo esame delle istanze da parte della Conferenza dei servizi di cui all'art. 7, comma 5, del D.P.C.M. 26.07.2011, verrà emanato il provvedimento da parte del Ministero della Salute a conclusione del procedimento.
- I termini potranno essere sospesi per effetto di quanto previsto all'art. 8 del presente avviso.
- 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. n. 241/1990 e successive modifiche,

  - il responsabile della fase iniziale dell'istruttoria è il Dirigente del Settore "Sistemi Organizzativi e Risorse Umane del S.S.R. della Direzione "Sanità" della Regione Piemonte

  - il responsabile della seconda fase dell'istruttoria e dell'adozione del provvedimento finale 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 dalla L. n. 241/1990 e s.m.i., dal D.P.R. n.184/2006, nonché dalle disposizioni delle singole Regioni e Province autonome e del Ministero della Salute.

# APPENDICE

**AVVISO PUBBLICO UNICO**
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs n. 502/92 s.m.i. . Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011 recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

**AVVERTENZE**

La domanda per il riconoscimento del titolo deve essere redatta utilizzando l'apposito modulo allegato al presente avviso, così come le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.

Si invitano gli istanti ad inviare la domanda di riconoscimento con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei termini, onde evitare di incorrere in eventuali disguidi postali per l'invio tramite raccomandata, oppure di incorrere in malfunzionamenti del sistema informatico in caso di invio tramite PEC.

Non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito o volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.

## ATTESTAZIONE ESPERIENZA LAVORATIVA

**ATTENZIONE**

a. ***Non saranno valutate attestazioni relative ad esperienze lavorative espletate successivamente al 10 febbraio 2011;***
b. ***L'attività lavorativa viene valutata soltanto dopo la data di conseguimento del titolo per il quale si richiede l'equivalenza.***

**Attività lavorativa subordinata**

1. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio come da Fac-simile Allegato C.

2. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro privato deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da Fac-simile Allegato C-1, inoltre al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità lavorativa, 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, libretto del lavoro), dichiarazione/i in carta intestata sottoscritta/e dal rappresentante legale/direttore della società/cooperativa sociale o altro ente privato, idonei ad attestare l'attività lavorativa svolta, la tipologia e l'inquadramento contrattuale; la qualifica, le mansioni e/o le prestazioni svolte, e la durata (in anni, mesi, giorni) delle singole attività lavorative e complessiva;

   b) copia di altri documenti ritenuti idonei ad attestare quanto dichiarato in Allegato C-1, ovvero la tipologia di attività lavorativa svolta, la data di inizio e fine e la durata complessiva.

La documentazione allegata deve essere, integrativa e coerente con quanto dichiarato in Allegato C-1 ed elencata nell'Allegato C-2.

All'allegato C- 1 **non** devono essere allegati il fascicolo previdenziale INPS, le dichiarazioni dei redditi di un lavoratore dipendente (es. CUD, Modello 740 – quadro C; Modello 730 – quadro C; Modello 101 fino al 1997) o la copia del Libretto di lavoro se non nei casi in cui riportino la qualifica contrattuale assimilabile all'attività svolta.

**Attività lavorativa autonoma/libero professionale**

Si tratta di un lavoro svolto in proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente che paga la prestazione o il servizio con un corrispettivo in denaro. Il lavoro autonomo può essere svolto in proprio come titolare di una partita iva o in qualità di socio di una società, ente o cooperativa. Nei casi in cui l'istante abbia svolto lavoro autonomo come prestazione d'opera senza essere socio di una società/cooperativa o titolare di una partita iva, sarà suo onere presentare la documentazione reddituale che possa dimostrare lo svolgimento di tale attività, la tipologia di attività svolta e la durata.

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

2. Le attività lavorative autonome per essere valutate, debbono essere documentate, ed al fine di comprovare la tipologia di attività svolta[2], la continuità lavorativa[3] e l'anzianità[4], il richiedente deve allegare appropriata **ed esaustiva** documentazione, potendo utilizzando i seguenti documenti:

   a) certificazione di attribuzione di partita I.V.A. riferita agli anni di attività dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4], con esplicitazione del "codice attività", indicante la classificazione/tipologia dell'attività svolta e lo storico variazioni;

   b) dichiarazione dei redditi (740/UNICO) riferita a tutti gli anni di esperienza dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. b], allegando solo i Quadri[5] del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito", cioè la tipologia dell'attività svolta contrassegnata dal "codice attività"

   c) eventuale copia di incarichi professionali sottoscritti o di contratti di collaborazione [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. c]

   d) visura storica/atto societario/statuto, dal quale si evinca l'oggetto e il codice attività della società/cooperativa, il ruolo/funzione assunto dall'istante e l'attività svolta dal richiedente presso la società/studio/cooperativa/altro ente di cui è socio o per cui lavora.

   e) eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la tipologia dell'attività svolta, l'anzianità e la continuità dell'attività lavorativa svolta (esempio: la dichiarazione del rappresentante legale/direttore della società/cooperativa per cui si lavora, dichiarazione contenente la descrizione delle attività svolte e la durata, specificando la data di inizio e fine rapporto; le fatture dell'attività purchè intestate all'istante e indicante la tipologia dell'attività svolta)

   I documenti indicati al punto a) e b) sono valevoli sia per attività autonoma individuale, sia per attività autonome svolte nell'ambito della propria ditta individuale o in qualità di soci o lavoratori di una società. I quadri del modello della dichiarazione dei redditi utili a comprovare la "natura del reddito" cambiano in base al regime fiscale impiegato e se la dichiarazione è dell'attività societaria anziché individuale. Nel primo caso (dichiarazione redditi di società), il "codice attività" non è presente nel Quadro richiesto (in genere Quadro RH). È quindi necessario che l'istante alleghi anche i documenti indicati ai punti e).

---

2 La tipologia di attività svolta indica la "natura dell'attività lavorativa", cioè le mansioni, ovvero i compiti svolti che debbono essere assimilabili alle professioni sanitarie, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo. Nel lavoro autonomo la "tipologia" dell'attività è dimostrata dal **codice attività** che identifica l'attività/settore economico. Questo è contenuto nella certificazione di p.iva e in specifici Quadri dell'UNICO, la dichiarazione dei redditi degli autonomi

3 La continuità lavorativa è dimostrata da prestazioni lavorative non occasionali e consecutive l'una all'altra pur con periodi di intervallo

4 L'anzianità lavorativa è data dalla sommatoria della durata in anni, mesi e giorni delle singole attività assimilabili, ovvero dalla durata complessiva dell'attività lavorativa

5 55555 Quadri dell'UNICO che possono attestare la tipologia dell'attività svolta:
   a. Quadro RE per l'autonomo con p.iva. In caso di applicazione di regimi fiscali agevolati il Quadro RE può essere sostituito da: Quadro CM – regime dei minimi; Quadro RL – regime agevolato, o altri quadri
   b. Quadro RG: indica il reddito di impresa in regime di contabilità semplificata
   d. Quadro RF: indica il reddito d'impresa in regime di contabilità ordinaria
   e. Quadro RK: indica l'utile per le società s.n.c. o s.a.s. per ciascun socio.
   f. Quadro RH: indica il reddito del socio nell'ambito della società ovvero esprime il dividendo tra i soci.

   **Il quadro RH e altri che non presentano il codice attività pur attestando la tipologia dell'attività, devono essere integrati dalla dichiarazione dell'amministratore/direttore sanitario della società.**

In caso di p.iva associata a più codici attività, è onere dell'istante allegare ulteriore documentazione che possa dimostrare lo svolgimento dell'attività lavorativa assimilabile alle professioni sanitarie, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo.

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. n. 445/2000 (Allegato C-2);

b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 445/2000.

**Nel caso il richiedente abbia svolto attività lavorativa subordinata, sia alle dipendenze di datori di lavoro pubblico che privato, e abbia svolto attività lavorativa autonoma/libero professionale, dovrà compilare tutti i moduli per le attività corrispondenti.**

Allegato 2

Ministero della Salute

**AVVISO UNICO - D O M A N D A**
**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 PIEMONTE

Spett.le Regione

**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** | **1° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE** | **2° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE** |
|---|---|---|
| **AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE** | | |
| ⤷ Tecnico Audiometrista *(DM n. 667/94)*<br>⤷ Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico *(DM n. 745/94)*<br>⤷ Tecnico Sanitario di Radiologia Medica *(DM n. 746/94)*<br>⤷ Tecnico di Neurofisiopatologia *(DM n. 183/95)*<br>⤷ Tecnico Ortopedico *(DM n. 665/94)*<br>⤷ Tecnico Audioprotesista *(DM n. 668/94)*<br>⤷ Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare *(DM n. 316/98)*<br>⤷ Igienista Dentale *(DM n. 137/99)*<br>⤷ Dietista *(DM n. 744/94)* | dal 14 luglio 2023<br>al 11 settembre 2023 | dal 15 gennaio 2024<br>al 14 marzo 2024 |
| **AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE** | | |
| ⤷ Podologo *(DM n. 666/94)*<br>⤷ Fisioterapista *(DM n. 741/94)*<br>⤷ Logopedista *(DM n. 742/94)*<br>⤷ Ortottista – Assistente di Oftalmologia *(DM n. 743/94)*<br>⤷ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva *(DM n. 56/97)*<br>⤷ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica *(DM n. 182/01)*<br>⤷ Terapista Occupazionale *(DM n. 136/97)*<br>⤷ Educatore Professionale *(DM n. 520/98)* | dal 12 settembre 2023<br>al 10 novembre 2023 | dal 18 marzo 2024<br>al 16 maggio 2024 |
| **AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**<br>**AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE** | | |
| ⤷ Infermiere *(DM n. 739/94)*<br>⤷ Ostetrica/o *(DM n. 740/94)*<br>⤷ Infermiere Pediatrico *(DM n. 70/97)* | dal 13 novembre 2023<br>al 11 gennaio 2024 | dal 20 maggio 2024<br>al 18 luglio 2024 |
| ⤷ Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro *(DM n. 58/97)*<br>⤷ 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:

魁 Diploma Scuola Media 魁 Diploma di Qualifica Professionale 魁 Attestato di Qualifica Professionale

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

魁 Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

-

**DICHIARA** inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto delle tempistiche indicate all'art. 1 dell'Avviso pubblico unico nonché nel rispetto di quanto indicato al riguardo all'art. 10, comma 5.

**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:
Il Ministero della Salute e la Regione Piemonte.
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 Piemonte è raggiungibile al seguente indirizzo email: dpo@regione.piemonte.it
Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Piemonte 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)*

Ministero della Salute

**A L L E G A T O  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)

REGIONE PIEMONTE

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

☐ 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

**A L L E G A T O  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)

REGIONE PIEMONTE

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:

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

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

# A L L E G A T O  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)

REGIONE PIEMONTE

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 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)*

_____

**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

**A L L E G A T O 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)

REGIONE PIEMONTE

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 ** 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)*_____

---

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

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

**A L L E G A T O 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)

REGIONE PIEMONTE

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

Ministero della Salute

**A L L E G A T O  D**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

**ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA**

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)

REGIONE PIEMONTE

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 autonoma/libero professionale in qualità di libero professionista, impresa individuale o socio di ente, studio, società, cooperativa:

*(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).*

**Tipologia attività lavorativa:**

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo)*_____

Attività svolta_____

Ruolo ricoperto _____

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

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

==========

**Tipologia attività lavorativa:**

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

Stato: ☐ in attività ☐ cessata ☐ altro (*spec.*)_____

* L'indicazione della **durata** 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.

Codice attività |__|__|__|__|__|__| Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (*indirizzo )*__ _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

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

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

==========

**Tipologia attività lavorativa:**

☐ singolo

☐ Impresa individuale ☐ Socio di società/ Cooperativa ☐ Libero professionista:

☐per società/coop

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Denominazione impresa/società/Cooperativa_____

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)*

==========

**Durata* complessiva esperienza lavorativa autonoma:** _____
*(anni – mesi)*

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