



Ministero della Salute

**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 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)



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:

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

### 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 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 2

#### 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 di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o ;



- c) devono essere riconducibili esclusivamente alle Professioni Sanitarie di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o in applicazione del comma 2, dell'art. 4 della Legge n. 42/99, e dei relativi profili emanati rispettivamente con Decreto del Ministero della Sanità n. 58 del 17 gennaio 1997, Decreto del Ministero della Sanità n. 69 del 17 gennaio 1997, Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739, Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70 e Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740;
- d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.07.2011);
- e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione del Veneto 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 3

#### 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 4

#### Titoli già equipollenti<sup>1\*</sup>

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 per le Professioni Sanitarie di:

<sup>1\*</sup> 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.



I. Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e di Assistente sanitario, di seguito indicati:

- a) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 19 agosto 2000, n. 191*) "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base", come integrato dal D.M. 3-11-2011 (*Gazzetta Ufficiale n. 277 del 28/11/2011*) "Modifica del decreto 27 luglio 2000, recante Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
- b) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 22 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di Assistente sanitario ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

II. Infermiere, di Infermiere Pediatrico e di Ostetrica/o, di seguito indicati:

- c) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 17 agosto 2000, n. 191*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
- d) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 17 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di infermiere pediatrico ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
- e) D.M. 27-7-2000 (*Gazzetta Ufficiale 17 agosto 2000, n. 195*) "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di ostetrica/o ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

#### Articolo 5

##### 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 6

##### 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:

- a) sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile<sup>2</sup> a quella previste per le Professioni Sanitarie di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o;
  - 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 D.P.C.M. 26 luglio 2011;
  - c) sia attestata per tutti gli anni di cui al punto b) 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 riportate le indicazioni per la produzione delle attestazioni/autocertificazioni richieste riguardanti l'esperienza lavorativa.

#### Art. 7

##### 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. 8

##### 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. 2, lett. a) del presente avviso;
- 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'articolo 4, comma 1, della legge n. 42/99, come indicato nell'art. 4 del presente avviso;

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

#### Articolo 9

##### Domanda per il riconoscimento del titolo

1. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere presentata esclusivamente per via telematica utilizzando il servizio on-line il cui accesso è reso disponibile alla pagina web <https://concorsi.sigmaghe.com> compilando i form ed allegando tutti i documenti richiesti che

<sup>2</sup> Per comprovare l'assimilabilità dell'attività lavorativa, utilizzare i parametri/documenti riportati in APPENDICE al presente avviso  
pag. n. 4



dovranno essere inseriti nella piattaforma informatica, ivi compresa l'attestazione di avvenuto assolvimento dell'imposta di bollo.

2. Al termine della compilazione on-line della domanda verrà generato un documento complessivo contenente il riepilogo delle informazioni inserite, che dovrà essere stampato, sottoscritto con firma autografa, scansionato ed infine inserito nella piattaforma informatica.
3. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza potrà essere inserita on line entro il termine perentorio di 60 giorni a partire dal giorno successivo dalla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto. Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al giorno successivo non festivo. L'orario di scadenza per l'inserimento delle istanze on line è stabilito per le ore 14.00 dell'ultimo giorno di scadenza. Dopo tale termine non sarà più possibile effettuare la compilazione on line della domanda di riconoscimento dell'equivalenza e non sarà ammessa la produzione di altri documenti a corredo della domanda stessa. Inoltre non sarà più possibile effettuare rettifiche o aggiunte.
4. Ai fini della verifica del rispetto del termine di presentazione della domanda, farà fede la data e l'ora di conclusione della procedura di presentazione della domanda sulla piattaforma on-line.
5. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
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.
7. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:
  - 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.
9. 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 raccomandata o PEC, né per eventuali disguidi postali, informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
10. 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.
11. 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.
12. Le domande spedite antecedentemente alla pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto, o successivamente ai termini stabiliti al precedente comma 3, non saranno considerate valide e non verrà dato seguito all'istanza.  
L'interessato potrà presentare, nei termini, e con le modalità previste dagli Avvisi pubblici che verranno emanati successivamente, una nuova domanda.



Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione del Veneto: [www.regione.veneto.it/web/sanita/formazione-operatori-sanitari](http://www.regione.veneto.it/web/sanita/formazione-operatori-sanitari)  
Eventuali informazioni o precisazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

#### Articolo 10

##### 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 11

##### 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 del Trattamento:

Il Ministero della Salute e la Regione del Veneto/Giunta regionale.

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: [rdp@sanita.it](mailto:rdp@sanita.it)

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione del Veneto è raggiungibile al seguente indirizzo: Regione del Veneto - Responsabile della protezione dei dati personali Palazzo Sceriman, Cannaregio, 168 – 30121 Venezia. La casella mail a cui rivolgersi per le questioni relative ai trattamenti di dati è: [dpo@regione.veneto.it](mailto:dpo@regione.veneto.it). Il Delegato al trattamento dei dati, ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 596 del 08.05.2018 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto n. 44 del 11.05.2018, è il Direttore della Direzione Risorse Umane del SSR, raggiungibile alla casella mail: [area.sanitasociale@regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@regione.veneto.it).

I richiedenti dovranno esprimere il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità e i trattamenti successivamente elencati. In mancanza di tale consenso non sarà possibile accettare la domanda di riconoscimento dell'equivalenza di cui al presente avviso.

La finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali è la gestione della domanda finalizzata al riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree secondo quanto disposto dal 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 alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura, o alle relative verifiche, per il riconoscimento dell'equivalenza.

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 12**

### **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. 7 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 la Regione del Veneto/Giunta regionale;
    - 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

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, 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) .

### 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<sup>3</sup>, la continuità lavorativa<sup>4</sup> e l'anzianità<sup>5</sup>, 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<sup>64</sup> 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]

<sup>3</sup> 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 di universitari di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o. 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

<sup>4</sup> La continuità lavorativa è dimostrata da prestazioni lavorative non occasionali e consecutive l'una all'altra pur con periodi di intervallo

<sup>5</sup> 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

<sup>64</sup> 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.**



- 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).

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 di universitari di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico, Ostetrica/o.

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.**





- 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:

o Diploma Scuola Media            o Diploma di Qualifica Professionale            o Attestato di Qualifica Professionale  
o Diploma Scuola Superiore       o Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali            o Diploma Universitario            o Laurea  
o Altro (spec.) \_\_\_\_\_

conseguito/i il \_\_\_\_\_

**ALLEGA** alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, B, ecc.) completamente compilate e, in aggiunta, include:

- la copia in carta semplice di un **valido documento d'identità** personale;
- un apposito **elenco**, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate.

**DICHIARA** di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l'amministrazione disporrà l'applicazione delle norme penali previste e la decadenza da ogni beneficio, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**CHIEDE** infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:  
*(scrivere in modo chiaro e leggibile)*

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

*(scrivere in modo chiaro e leggibile)*

La/Il Sottoscritta/o DICHIARA:

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

Data \_\_\_\_\_ Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*



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)



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 :** o Diploma di Qualifica Professionale -o Attestato di Qualifica Professionale  
 o Diploma di Scuola Superiore o Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali o Diploma Universitario o Laurea  
 o Altro \_\_\_\_\_

(specificare)

**Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:**

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

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

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

**Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:****Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:**

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

**Indirizzo sede:** \_\_\_\_\_

(Comune, Provincia)

**Data di conseguimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Anno scolastico/accademico** \_\_\_\_\_

Data

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

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

Data

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il

CORSO DI FORMAZIONE

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



La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome)

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

DICHIARA

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

in relazione al titolo denominato: \_\_\_\_\_,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a \_\_\_\_\_

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

• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 per complessive ore: \_\_\_\_\_ così suddivise:

Table with 2 columns and 3 rows for recording training hours for 1st, 2nd, 3rd, 4th, and 5th years, including theoretical and practical hours.

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

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

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

**ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o**

**ENTE PUBBLICO**

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



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\*\*7  Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Data termine (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

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

Durata complessiva\*: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi)

-----  
Ente Pubblico: \_\_\_\_\_

Sede (indirizzo): \_\_\_\_\_

Profilo Professionale: \_\_\_\_\_

Posizione Funzionale/Categoria: \_\_\_\_\_

Qualifica Funzionale/Profilo: \_\_\_\_\_

Tipologia contratto:  Tempo determinato\*\*  Tempo indeterminato

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



Data inizio (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Data termine (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata complessiva\*: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi)

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 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

DA UTILIZZARSI COME FASCICOLO PER LA COMPILAZIONE SULLA PIATTAFORMA





Ministero della Salute

**ALLEGATO C-1**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante

**ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA**

**c/o ENTE PRIVATO**



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

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

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

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

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<sup>8\*\*</sup> 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) \_\_\_\_\_

<sup>8 \*\*</sup> Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, a chiamata, stagionale, sostituzione maternità ecc.).



Ente Privato: \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

C.F. Ente \_\_\_\_\_

e/o Partita IVA Ente \_\_\_\_\_

**Tipologia contratto:**

C.C.N.L. e settore \_\_\_\_\_ Inquadramento livello \_\_\_\_\_

Tempo indeterminato  Tempo determinato\*\* 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

**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)



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

DA UTILIZZARSI COME FAC-SIMILE PER LA COMPILAZIONE SU PIATTAFORMA



Ministero della Salute

ALLEGATO D

ichiarazione 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)



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 professionista 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:

- Impresa individuale, Socio di società/ Cooperativa, Libero professionista: singolo, 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)

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

Tipologia attività lavorativa:

- Libero professionale, Impresa individuale, Socio di società/Cooperativa

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*)

=====

**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

DA UTILIZZARSI COME FAC-SIMILE PER LA COMPILAZIONE SULLA PIATTAFORMA



Ministero della Salute

**ALLEGATO E**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il  
**L'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo**  
 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 DEL VENETO

giunta regionale

**Spazio per  
 l'apposizione della  
 marca da bollo da  
 €16,00 da annullare  
 con data e firma**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445) **trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445 quanto segue:**

Cognome	Nome		
Codice Fiscale			
Nato il	a	Prov.	
Residente in	Prov.	CAP	
Via/P.zza			n.
Tel.	Indirizzo mail		

**DICHIARA**

di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione dell'istanza di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario della **Professione Sanitaria** per la quale si chiede l'equivalenza di cui all'avviso pubblico emanato dalla Regione del Veneto

CHE la marca da bollo ha il seguente numero identificativo: \_\_\_\_\_

CHE la data di emissione della marca da bollo è la seguente (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

CHE l'importo è di euro \_\_\_\_\_

DI ESSERE a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

**AVVERTENZE**

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario per il quale si chiede l'equivalenza da presentare alla Regione del Veneto.

2. La Marca da bollo, incollata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite l'apposizione della data e della firma sulla stessa e parte del presente modulo come indicato nell'apposito riquadro.