



DELIBERAZIONE N° 202400721

SEDUTA DEL 28/11/2024

Ufficio risorse umane del SSR  
13BC

STRUTTURA PROPONENTE

OGGETTO

Procedura aperta 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. e dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011.

Relatore ASSESSORE DELEGATO ALLA SALUTE E ALLE POLITICHE SOCIALI

La Giunta, riunitasi il giorno 28/11/2024 alle ore 09:30 nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	Bardi Vito	Presidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Pepe Pasquale	VicePresidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Latronico Cosimo	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Cicala Carmine	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Cupparo Francesco	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Mongiello Laura	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Segretario: Salvatore Capezzuto

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

Visto del Direttore Generale

IL DIRETTORE GENERALE Domenico Tripaldi

Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale

PRENOTAZIONE IMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione.Programma.Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione.Programma Titolo.Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno

IL DIRIGENTE

Allegati N° 8

## LA GIUNTA REGIONALE

- VISTA la L. 07 agosto 1990, n. 241 ad oggetto: *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”* e ss.mm.ii.;
- VISTA la L.R. 02 marzo 1996, n. 12 e s.m.i. recante *“Riforma dell’organizzazione amministrativa regionale”*;
- VISTA la D.G.R. 13 gennaio 1998, n. 11 concernente l’individuazione degli atti di competenza della Giunta Regionale;
- VISTO il D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni”*;
- VISTO il D. Lgs. 07 marzo 2002, n. 82, recante *“Codice dell’amministrazione digitale”*;
- VISTA la L. 13 agosto 2010, n. 136 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;
- VISTA la L.R. 25 ottobre 2010, n. 31 recante *“Disposizioni di adeguamento alla normativa regionale al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150- Modifica art. 73 della Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 42- Modifiche della Legge Regionale 9 febbraio 2001, n. 7- Modifica art. 10 Legge Regionale 2 febbraio 1998, n. 8 e s.m.i.”*;
- VISTO il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii. concernente il riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- VISTA la D.G.R. 17 gennaio 2023, n. 14 ad oggetto: *“L. 190/2012, art. 1, comma 8. Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per la programmazione triennale 2023/2025”*;
- VISTA la DGR 23 maggio 2024, n. 378 ad oggetto: *“Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell’art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis”*;
- VISTA la D.G.R. 01.08.2024, n. 413 ad oggetto *“D.G.R. n. 378 del 23.05.2024, avente ad oggetto: “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell’art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis”-APPROVAZIONE AGGIORNAMENTO ALL’ALLEGATO A.”*
- VISTA la D.G.R. 13 agosto 2024, n. 485 avente ad oggetto: *“Integrazione del P.I.A.O.- Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026- approvato con DGR 378/2024, limitatamente alla sezione 3.2.5.a “Piano di Uguaglianza di Genere (GEP)”*;
- VISTA la D.G.R. 06 settembre 2024, n. 517 avente ad oggetto: *“D.G.R. N. 413 del 01.08.2024, avente ad oggetto: “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell’art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis. - APPROVAZIONE AGGIORNAMENTO ALL’ALLEGATO A.” - DGR n. 378 del 23/05/ 2024 - Approvazione aggiornamenti.”*;
- VISTO lo Statuto della Regione Basilicata, approvato con Legge Statutaria Regionale 17 novembre 2016, n. 1 e successive modifiche e integrazioni;
- VISTA la L.R. 11 febbraio 2022, n. 1, avente ad oggetto: *“Piano Strategico Regionale – Art. 45, comma 4 dello Statuto regionale”*;
- VISTA, altresì la L.R. 30 dicembre 2019, n. 29 *“Riordino degli uffici della Presidenza e della Giunta regionale e disciplina dei controlli interni”*;

- VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 aprile 2020, n. 63 *“Uffici di Diretta Collaborazione del Presidente della Giunta regionale”*;
- VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 20 ottobre 2020, n. 164 *“Decreto di organizzazione degli Uffici di diretta collaborazione del Presidente della Giunta regionale”*;
- VISTA la D.G.R. 09 febbraio 2021, n. 63 recante *“Legge Regionale 30 dicembre 2019, n. 29. Regolamento di delegificazione avente ad oggetto “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata” – Approvazione”* adottato ai sensi dell'articolo 56, comma 3, dello Statuto regionale;
- VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 10 febbraio 2021, n. 1 *“Regolamento regionale “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata” – Emanazione”*;
- VISTA la D.G.R. 19 marzo 2021, n. 219 concernente l'approvazione, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del Regolamento n. 1/2021, della nuova organizzazione delle strutture amministrative della Giunta regionale;
- VISTA la D.G.R. 30 marzo 2022, n. 174 avente ad oggetto: *“Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Approvazione”*;
- VISTO il D.P.G.R. 05 maggio 2022, n. 80 pubblicato sul BUR n. 20 del 06 maggio 2022 avente ad oggetto: *“Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Emanazione”*;
- VISTO, inoltre il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 09 luglio 2024, n. 153 ad oggetto *“Art. 48, comma 1, lettera d), art. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Nomina componenti della Giunta regionale della Basilicata”*;
- VISTA la D.G.R. 06 ottobre 2021, n. 768 avente ad oggetto *“Strutture amministrative della Giunta regionale. Graduazione e avvio procedimento di rinnovo degli incarichi dirigenziali”*;
- VISTA la D.G.R. 06 ottobre 2021, n. 750 avente ad oggetto: *“Modifiche parziali alla D.G.R. n. 219/2021. Riapprovazione del documento recante l'organizzazione delle Strutture amministrative della Giunta regionale”*;
- VISTA la D.G.R. 14 marzo 2023, n. 232 avente ad oggetto: *“Riorganizzazione Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona”*;
- VISTA la D.G.R. 12 novembre 2021, n. 906 avente ad oggetto: *“Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarichi”*;
- VISTA la D.G.R. 8 giugno 2023, n. 314 avente ad oggetto: *“Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico”*;
- VISTA la D.G.R. 14 agosto 2024, n. 506 avente ad oggetto: *“Art 3 Regolamento 10 febbraio 2021 n. 1. Conferimento incarichi di Direzione Generale.”*;
- VISTA la D.D. 16 agosto 2024, n. 259 della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona, avente ad oggetto: *“Affidamento funzioni vicarie di direzione generale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 17 co. 1 L.R. n. 12/96.”*, la cui efficacia opera nel periodo dal 19.08.2024 fino al 06.09.2024;
- VISTA la D.G.R. 8 aprile 2022, n.179 ad oggetto *“Regolamento interno della Giunta regionale della Basilicata - Approvazione.”*;
- VISTA, infine la D.G.R. 30 novembre 2023, n. 792 ad oggetto: *“Documento di Economia e Finanza Regionale (DEFER) 2024-2026 – Approvazione”*;
- VISTA la Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”* ed in particolare l'art. 4, comma 2, il quale prevede che *“con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sono stabiliti, (con riferimento alla iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato e alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una*

pluriennale esperienza professionale), i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari, di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni e integrazioni, 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”;

**VISTO**

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, concernente i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento in attuazione dell'art. 4, comma 2, della Legge 26 febbraio 1999, n. 42;

**RICHIAMATO**

il D.P.C.M. 26 luglio 2011 con cui è stato recepito il suddetto Accordo ed in particolare l'art. 1:

- comma 1, secondo cui “il presente Accordo stabilisce...omissis... i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dei titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari stessi”;
- comma 2, che stabilisce che “il riconoscimento dell'equivalenza di cui al comma 1 è attribuito ai soli fini dell'esercizio professionale, sia subordinato che autonomo”;
- comma 3, che precisa che “fermo restando quanto stabilito dai decreti ministeriali di equipollenza emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 42 del 1999, possono essere presi in considerazione, ai fini dell'equivalenza, esclusivamente i titoli conseguiti entro la data di entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42” (17 marzo 1999);

**ATTESO CHE**

ai sensi dall'art. 7 del richiamato Accordo, ogni Regione deve curare la fase iniziale dell'istruttoria relativamente ai titoli i cui corsi di formazione sono stati formalmente autorizzati nel proprio territorio, trasmettendo successivamente i relativi atti al Ministero della Salute, che provvede ad indire un'apposita Conferenza dei Servizi, ai sensi degli articoli 14 e seguenti della L. n. 241/1990, per la valutazione delle istanze sulla base dei criteri e dei parametri di cui al predetto Accordo;

**VISTA**

la nota circolare prot. n. 43468 del 20 settembre 2011 del Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie – con la quale sono state fornite le indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza delle Regioni e Province autonome nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento in attuazione dell'art. 4, comma 2, della Legge 26 febbraio 1999, n. 42;

**RICHIAMATE**

le Delibere di Giunta Regionale con cui sono stati emanati gli avvisi pubblici per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza riguardanti le seguenti Professioni Sanitarie:

- la DGR n.1899 del 19.12.2011 avente ad oggetto “Professioni tecnico – sanitarie: approvazione avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria – DPCM 26 luglio 2011”;
- la DGR n. 239 del 09.04.2020 avente ad oggetto “Approvazione avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario di Educatore professionale socio-sanitario, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della L. n. 42/99 e del D.P.C.M. 26 luglio 2011;
- la DGR n. 595 del 13.09.2022 avente ad oggetto “Approvazione avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso

*ordinamento al titolo universitario di Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, Assistente Sanitario, Infermiere, Infermiere Pediatrico e Ostetrica/o, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della L. n. 42/99 e del D.P.C.M. 26 luglio 2011";*

**DATO ATTO**

che, con la DGR n. 408 del 07.07.2023 avente ad oggetto "Approvazione avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'Area delle Professioni Tecnico Sanitarie - Sanitarie Riabilitative - Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche nonché dell'Area delle Professioni Tecniche della Prevenzione, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della L. n. 42/99 e del D.P.C.M. 26 luglio 2011", è stato emanato un avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza contenente una calendarizzazione di distinti periodi suddivisi per "Area delle Professioni Sanitarie" rispetto ai quali presentare l'istanza prevista e organizzato in due cicli temporali, di cui l'ultimo si è concluso al 18 luglio 2024;

**CONSIDERATO**

che i rappresentanti del Tavolo tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi", nell'incontro del 23 maggio 2024, hanno concordato di procedere all'avvio di una procedura aperta, senza scadenza temporale, successivamente al suddetto termine dell'avviso unico fissato, in ultimo, al 18 luglio 2024, per poter permettere la presentazione delle istanze di riconoscimento dell'equivalenza per tutte le aree delle professioni sanitarie;

**RICHIAMATA**

la nota del Ministero della Salute prot. n.0043476-16/07/2024-DGPROF-MDS-P con cui:

- si prende atto dell'accordo raggiunto dai rappresentanti del Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi" sulla possibilità di emanare successivamente alla predetta scadenza del 18 luglio 2024, nell'ambito della procedura di equivalenza, un ulteriore avviso "aperto", che non contenga alcun limite temporale per la presentazione delle istanze, né alcuna suddivisione per aree professionali;
- si prende atto, altresì, dello schema di avviso pubblico "aperto", del modello di domanda e della documentazione allegata per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza, modificati per adeguarli alla nuova procedura di equivalenza, sempre in seno al Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi";
- si suggerisce di procrastinare l'emissione del nuovo avviso "aperto" al mese di novembre 2024, al fine di permettere, allo stesso Ministero, di concludere l'attività istruttoria relativa all'Avviso Pubblico unico;

**RITENUTO**

- di dover emanare l'avviso pubblico "aperto" che non prevede alcuna scadenza temporale per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. 502/1992 e dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con DPCM 26 luglio 2011;
- di approvare lo schema dell'avviso pubblico, tramite procedura aperta, senza alcuna scadenza temporale, il modello di domanda e la documentazione allegata per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria, così come concordati dai rappresentanti regionali del Tavolo Tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi", opportunamente trasmessi al Ministero della Salute con la nota n. 289819 del 17.06.2024, nonché modificati ed integrati al fine di tenere conto di specifiche esigenze di questa Amministrazione Regionale (cfr. circolare n. 43468 del 20 settembre 2011);

SU proposta dell'Assessore al ramo;

AD unanimità di voti;

## DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

- **di approvare ed emanare** l'avviso pubblico, tramite procedura aperta, senza alcuna scadenza temporale, per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. 502/1992 e dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con DPCM 26 luglio 2011, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, completo dei suoi allegati, che comprendono il modello di domanda, le dichiarazioni sostitutive di certificazione e atto notorio riguardanti:
  - i titoli di cui si chiede l'equivalenza (allegato A);
  - il corso di formazione (allegato B);
  - l'esperienza lavorativa subordinata c/o un Ente pubblico (allegato C);
  - l'esperienza lavorativa subordinata c/o un Ente privato (allegato C-1);
  - i documenti attestanti l'attività lavorativa privata (allegato C-2);
  - l'esperienza lavorativa autonoma (allegato D);
- **di disporre** la pubblicazione dell'Avviso pubblico sul Bollettino Ufficiale e sul sito internet della Regione Basilicata;
- **di precisare** che trattasi di una procedura aperta che non prevede alcun limite temporale per la presentazione delle relative istanze, né alcuna suddivisione per aree professionali;
- **di dare mandato** al competente Ufficio Risorse Umane del SSR della Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona di provvedere alla esecuzione dell'attività istruttoria di competenza regionale nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'**equivalenza** dei titoli del pregresso ordinamento abilitanti alle Professioni Sanitarie, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
- **di trasmettere**, a seguito della pubblicazione sul BUR, il presente provvedimento ed i relativi allegati alle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata perché ne diano ulteriore pubblicizzazione e diffusione;
- **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

L'ISTRUTTORE \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE P.O. **Barbara Buccino** \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE \_\_\_\_\_

**Angelo Raffaele Rinaldi** \_\_\_\_\_

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È FIRMATA CON FIRMA DIGITALE QUALIFICATA. TUTTI GLI ATTI AI QUALI È FATTO RIFERIMENTO NELLA PREMESSA E NEL DISPOSITIVO DELLA DELIBERAZIONE SONO DEPOSITATI PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE, CHE NE CURERÀ LA CONSERVAZIONE NEI TERMINI DI LEGGE.

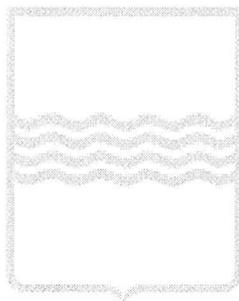
Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO **Salvatore Capezuto**

IL PRESIDENTE

**Vito Bardi**

Si attesta che copia in formato digitale viene trasmessa al Consiglio Regionale tramite pec dall'Ufficio Legislativo e della Segreteria della Giunta



REGIONE BASILICATA



## 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)



REGIONE BASILICATA

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:

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

\_\_\_\_\_  
Data

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

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, 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-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 BASILICATA

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) \_\_\_\_\_

<b>Durata* complessiva esperienza lavorativa:</b> _____ (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



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:**

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 assunto nell'ambito di una Società \_\_\_\_\_

Inizio attività \_\_\_\_\_ Termine attività \_\_\_\_\_  
(*gg/mm/aaaa*) (*gg/mm/aaaa*)

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

=====

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

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

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ **Data**

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



**DOMANDA**  
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso  
ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie  
ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.  
D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

LOGO REGIONE/  
PROVINCIA

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)

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

Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato, e/o svolto presso codesta Regione:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Indicare la denominazione del titolo)

conseguito entro il 17 marzo 1999, ovvero il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, presso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

#### **DICHIARA**

di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

di **NON** aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

**DICHIARA** di essere iscritto:

all'Elenco Speciale per la professione di \_\_\_\_\_ della Provincia di: \_\_\_\_\_

all'Albo per la professione di \_\_\_\_\_ della Provincia di: \_\_\_\_\_

di non essere iscritto ad alcun Albo professionale o Elenco speciale

- di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

presso: \_\_\_\_\_

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, ulteriori rispetto al titolo di cui chiede l'equivalenza:

Diploma Scuola Media       Diploma di Qualifica Professionale       Attestato di Qualifica Professionale

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

Altro (spec.) \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA** inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto 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 del trattamento:

Il Ministero della Salute e la Regione Basilicata.

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, e-mail: [rpd@sanita.it](mailto:rpd@sanita.it).

Il Responsabile della Protezione dei dati della Regione Basilicata può essere contattato inviando una e-mail a: [rpd@regione.basilicata.it](mailto:rpd@regione.basilicata.it) o all’indirizzo PEC [rpd@cert.regione.basilicata.it](mailto:rpd@cert.regione.basilicata.it).

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Basilicata 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)*

**PROCEDURA 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)

Provvedimento di Giunta Regionale \_\_\_\_\_

**Disposizioni per la 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**

**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 (*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**

<b>PROFESSIONI TECNICO SANITARIE</b>	Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare (DM n. 316/98) Igienista Dentale (DM n. 137/99) Dietista (DM n. 744/94)
--	--

**Articolo 4**  
**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:

<b>PROFESSIONE SANITARIA</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI</b>
<b>TECNICO SANITARIE</b>	
<b>Area Tecnico - diagnostica</b>	
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
<b>Area Tecnico – assistenziale</b>	
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
<b>RIABILITATIVE</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI</b>
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 D.M. 22 giugno 2016 – G.U. n. 196 del 23.8.2016 D.M. 29 marzo 2001 n. 182 – G.U. n. 115 del 19.5.2001 Legge n. 145 del 30/12/2018, comma 539 (G.U. n. 302 - S.O. n. 62 del 31.12.2018) Legge n.160 del 27/12/2019, art. 1, comma 465 (G.U. n. 304 - S.O. n. 45 del 30.12.2019)
<b>INFERMIERISTICA E OSTETRICA/O</b>	
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
<b>TECNICO DELLA PREVENZIONE</b>	
TECNICO DELLA PREVENZIONE DELL'AMBIENTE E DEI LUOGHI DI LAVORO	D.M. 27-7-2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 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

\* 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.

- 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 della Regione Basilicata.

### **Articolo 9** **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 mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: [ufficio.personale.ssr@cert.regione.basilicata.it](mailto:ufficio.personale.ssr@cert.regione.basilicata.it) indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99*".
4. 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.
5. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
6. 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.
7. 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 informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
8. 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.
9. 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

<https://portalebandi.regione.basilicata.it/PortaleBandi/home.jsp>

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

### **Articolo 10** **Termini del procedimento**

1. Entro 100 giorni dal ricevimento della domanda la Regione/Provincia autonoma provvederà a trasmettere gli esiti delle istruttorie al Ministero della Salute.

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 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:**

- 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 Basilicata – Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona – Ufficio Risorse Umane del SSR;
  - 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.

**NOTA BENE: l'iscrizione del professionista all'Albo del corrispondente Ordine delle Professioni Sanitarie effettuata sulla base del possesso di un titolo di studio del pregresso ordinamento, presuppone l'intervenuta valutazione di equipollenza del titolo da parte degli Organi dell'Albo stesso. Il titolo in questione, quindi, essendo già equipollente non va sottoposto alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza di cui al presente Avviso.**

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>2</sup>, la continuità lavorativa<sup>3</sup> e l'anzianità<sup>4</sup>, il richiedente deve allegare appropriata **ed esaustiva** documentazione, 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>5</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]
  - 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).

<sup>2</sup> La tipologia di attività svolta indica la "natura dell'attività lavorativa", cioè le mansioni, ovvero i compiti svolti che debbono essere assimilabili alla professione sanitaria 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

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

<sup>4</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>5</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 RE: 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.**



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)



REGIONE BASILICATA

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

### 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)



REGIONE BASILICATA

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



## 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)



REGIONE BASILICATA

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