

 Ministero della Salute	<b>D O M A N D A</b> per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del progresso ordinamento al titolo universitario di <b>EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO</b> ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i. DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	Regione Siciliana  Assessorato della Salute Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Spett.le Regione Siciliana Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Servizio 2 "Formazione" Via Mario Vaccaro, 5 - 90145 Palermo PEC : dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it		MARCA DA BOLLO € 16,00

Posta Elettronica Certificata       Raccomandata A.R.  
*(barrare la casella)*

La /Il Sottoscritta/o, \_\_\_\_\_  
*(Nome e Cognome)*

nata/o a \_\_\_\_\_ il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
*(Luogo di nascita)*

Codice Fiscale | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

**chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di:**

<b>EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO</b> <i>(Decreto Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 - L. 205/2017)</i>	<b>Professioni Sanitarie                  Riabilitative</b>
--	---

**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** inoltre:

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

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

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

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

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

- Diploma Scuola Media       Diploma di Qualifica Professionale       Attestato di Qualifica Professionale  
 Diploma Scuola Superiore       Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali       Diploma Universitario       Laurea

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

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

**ALLEGA** alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, 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 di Posta Elettronica Certificata (PEC):

\_\_\_\_\_  
*(scrivere in modo chiaro e leggibile)*

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

**DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 11 dell'avviso pubblico.

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