D O M A N D A

per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie dell'Area della Prevenzione e dell'Area Infermieristica

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)

Ministero della Salute

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Spett.le Regione Sardegna
PEC: san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

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)

☐ **TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)* ☐ **ASSISTENTE SANITARIO** - *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)*	**Professioni Sanitarie della Prevenzione**

☐ **INFERMIERE** - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739)* ☐ **INFERMIERE PEDIATRICO** - *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)* ☐ **OSTETRICA/O** - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)*	**Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica**

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:
(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
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.
Il Titolare del trattamento è il Presidente della Giunta regionale, contitolare del trattamento è il Direttore Generale della Direzione generale della Sanità dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.
Il Delegato al trattamento dei dati, ai sensi della DGR, è il Direttore del Servizio programmazione sanitaria ed economico finanziaria e controllo di gestione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.
Il Responsabile della Protezione dei dati / *Data Protection Officer* ha sede in Cagliari – Viale Trieste 186 (tel. 070/6065735). La casella mail, a cui potersi rivolgere per le questioni relative ai trattamenti di dati è: rpd@regione.sardegna.it.

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 raccolti saranno trattati a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura 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, la cancellazione o 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.

L'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali per dar corso alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli afferenti al pregresso ordinamento alle odierne lauree.

Data _____ Firma per presa visione _____

(*per esteso e leggibile)*