

**D O M A N D A**  
**per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso**  
**ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria,**  
**di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i..**  
**DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)**

Spett.le Regione del Veneto  
Direzione personale S.S.R.  
Palazzo Molin – San Polo 2514  
30125 VENEZIA

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:**  
**(effettuare una unica scelta barrando la casella corrispondente):**

**Podologo** (DM 14.09.1994, n. 666)

**Fisioterapista** (D.M. 14.09.1994, n. 741)

**Logopedista** (D.M. 14.09.1994, n. 742 s.m.i.)

**Ortottista – Assistente di Oftalmologia** (D.M. 14.09.1994, n. 743)

**Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva** (D.M. 17.01.1997, n. 56)

**Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica** (D.M. 29.03.2001, n.182)

**Terapista Occupazionale** (D.M. 17.01.1997, n. 136)

**PROFESSIONI  
SANITARIE  
RIABILITATIVE**

**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 | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | presso \_\_\_\_\_

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

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995.

**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, A1, 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 regionale o provinciale 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 ex art. 13 decreto legislativo 196/2003.**

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

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