



ATTO DIRIGENZIALE

Codifica adempimenti L.R. 15/08 (trasparenza)	
Ufficio istruttore	Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata
Tipo materia	ALTRO
Materia	ALTRO
Sotto Materia	ALTRO
Riservato	NO
Pubblicazione integrale	SI
Obblighi D.Lgs 33/2013	NO
Tipologia	Nessuno
Adempimenti di inventariazione	NO

N. 00039 del 26/02/2026 del Registro delle Determinazioni della UOR 212

Codice CIFRA (Identificativo Proposta): 212/DIR/2026/00039

OGGETTO: Determinazione dirigenziale n. 479 del 18/10/2024 “Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'Area Sanitaria” – Modifiche procedurali.



Il giorno 26/02/2026,

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

LA DIRIGENTE DELLA SEZIONE PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO ASSISTENZA SANITARIA E MEDICINA CONVENZIONATA

- **VISTO** il D.Lgs. 3 marzo 1993, n.29;
- **VISTO** il D.Lgs. 31 marzo 1998, n.80;
- **VISTA** la legge Regionale 24 marzo 1974, n.18;
- **VISTA** la legge Regionale del 4 marzo 1997, n.7;
- **VISTA** la legge Regionale n. 20 del 31 dicembre 2010;
- **VISTA** la legge Regionale n. 2 del 9 marzo 2011;
- **VISTI** gli articoli 4 e 16 del D.Lgs. 165/01;
- **VISTO** l'art.32 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'albo ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;
- **VISTO** l'art. 18 del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in merito ai Principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici;
- **RICHIAMATO** il D.P.G.R. del 22 gennaio 2021, n. 22, pubblicato sul BURP n. 15 del 28-1-2021, che adotta l'Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";
- **VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1295 del 26.09.2024, avente ad oggetto "*Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico-operativi e avvio fase strutturale*";
- **VISTA** la Determinazione dirigenziale n. 479 del 18/10/2024 "Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'Area Sanitaria";
- **VISTO** il D.P.G.R. n. 516 del 24.09.2025 con cui si è provveduto a rimodulare le funzioni delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, in ossequio alle previsioni della D.G.R. n. 1154/2025 e del D.P.G.R. n. 442/2025;
- **VISTA** la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1657 del 29/10/2025 di conferimento dell'incarico di direzione della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata.

Premesso che:

L'art. 4, comma 2 della Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante «Disposizioni in materia di professioni sanitarie», stabilisce che con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, siano stabiliti i criteri e le modalità per riconoscere come equivalenti ai diplomi universitari di cui all'art. 6, comma 3, del D. Lgs. n. 502/92, e ss. mm. e ii., ulteriori titoli conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali, ai fini dell'esercizio professionale e



dell'accesso alla formazione post-base, con riferimento all'iscrizione nei ruoli nominativi regionali di cui al D.P.R. n. 761/79, allo stato giuridico dei dipendenti degli altri comparti del settore pubblico e privato, alla qualità e durata dei corsi e, se del caso, al possesso di una pluriennale esperienza professionale.

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, ha fissato 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.

Il D.P.C.M. 26 luglio 2011, rubricato «Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42» ha recepito il suddetto Accordo stato-Regioni e 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 – ha fornito 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.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 55 del 19 gennaio 2012 la Regione Puglia ha recepito l'Accordo raggiunto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011 recante i criteri e le modalità di 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.

Con successiva deliberazione di Giunta n. 356 del 28 febbraio 2012 la Regione Puglia ha adottato le indicazioni operative necessarie ad uniformare 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, giusta nota circolare del Ministero della Salute prot. n. 43468-P del 20 settembre 2011.

Nello specifico, la succitata circolare ministeriale, ha previsto una calendarizzazione uniforme di avvio del procedimento sul territorio nazionale, con riferimento ai diversi gruppi di Professioni Sanitarie di cui al D.M. 29 marzo 2001, allo scopo di evitare che l'inoltro in un unico contesto temporale di domande relative al riconoscimento di tutti i titoli previsti possa determinare rallentamenti nelle relative istruttorie, suscettibili di porre a rischio il rispetto dei termini di conclusione del procedimento.

Pertanto, con Deliberazione n.979 del 12/7/2023 la Giunta regionale ha approvato l'avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'Area Sanitaria, il cui ultimo ciclo si è concluso in data 18 luglio 2024.



Rilevato che in base a quanto previsto dalla legge n.42/1999, dal DPCM del 2011 citato e dal pronunciamento del TAR Piemonte n.414/2022:

- l'avvio del procedimento de quo è ad esclusiva istanza di parte e pertanto, gli eventuali interessati possono presentare domanda di equivalenza a prescindere dalla presenza di avvisi pubblici emanati dalla Regione;
- le Regioni ed il Ministero della Salute hanno l'obbligo di trattare l'istanza, secondo le tempistiche, le modalità e i criteri di espletamento della procedura di equivalenza dettate dal DPCM 26 luglio 20211.

Considerato che:

- in sede di Conferenza di Servizi, tenutasi in data 23/5/2024, i rappresentanti regionali del Tavolo tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi" si sono impegnate ad emanare un ulteriore avviso pubblico per "Area delle Professioni Sanitarie", successivamente alla scadenza del 18 luglio 2024, al fine di garantire uno svolgimento ordinato ed efficiente dell'attività amministrativa, il quale a differenza dei precedenti configura una "procedura aperta" ovvero una procedura che non conterrà alcun termine riferito ad una scadenza per la presentazione delle istanze e non contempla alcuna suddivisione per "Aree" delle Professioni Sanitarie;
- con nota del 17/6/2024 prot. 289819, i rappresentanti regionali del Tavolo tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi" hanno inviato al Ministero della Salute il testo dell' avviso unico e dei documenti correlati, per la condivisione dello schema di avviso;

- con nota prot. 0043476-16/07/2024-DGPROF-MDS-P il Ministero della Salute, preso atto di quanto comunicato relativamente all'emanazione di un avviso unico per l'avvio di ulteriori cicli per l'attuazione dell'Accordo Stato Regioni, ai fini di una migliore organizzazione dell'attività amministrativa, suggerisce *"di procrastinare l'emissione del nuovo avviso al mese di novembre p.v."*.

Con determinazione dirigenziale n. 479 del 18/10/2024 la Sezione Strategie e Governo dell'Offerta ha predisposto l'avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, secondo le indicazioni ministeriali.

Inoltre, veniva precisato che i titoli ammessi alla procedura di valutazione del riconoscimento dell'equivalenza dovevano 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	
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	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 Perfusioni Cardiovascolari (DM n. 316/98)
	Igienista Dentale (DM n. 137/99)
	Dietista (DM n. 744/94)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo (DM n. 666/94) Fisioterapista (DM n. 741/94) Logopedista (DM n. 742/94)
	Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94)
	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97)
	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01)
	Terapista Occupazionale (DM n. 136/97)
	Educatore Professionale (DM n. 520/98)
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Infermiere (DM n. 739/94) Ostetrica/o (DM n. 740/94) Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97)
	Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

Si precisava, altresì che la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dovesse avvenire esclusivamente mediante la trasmissione mezzo pec al seguente indirizzo:



ufficio.rapp.ist.regione@pec.rupar.puglia.it

Considerato che

- con D.P.G.R. n. 516 del 24.09.2025 si è provveduto a rimodulare le funzioni delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, in ossequio alle previsioni della D.G.R. n. 1154/2025 e del D.P.G.R. n. 442/2025;
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1657 del 29/10/2025 è stato conferito l'incarico di direzione della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata;
- l'indirizzo pec ufficio.rapp.ist.regione@pec.rupar.puglia.it è stato dismesso ed è stato attivato un nuovo indirizzo pec sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it,

si rende necessario confermare le procedure di presentazione della domanda di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari, di cui all'Allegato A alla determinazione dirigenziale n. 479 del 18/10/2024, indicando il nuovo indirizzo PEC sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it a cui inviare l'istanza._

Verifica ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 679/2016 Garanzie di riservatezza
La pubblicazione dell'atto all'albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal D. Lgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n.5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.
Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili; qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.
Valutazione di impatto di Genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n.938 del 3/7/2023 L'impatto di genere stimato è: ■ neutro
Adempimenti contabili ai sensi del D. Lgs. n.118/2011 e ss. mm. e ii.
Il presente atto non comporta implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico-finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio



|regionale.

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

1. di confermare tutto quanto già stabilito nella determinazione dirigenziale n. 479/2024 ed inerente l'avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'Allegato A al predetto provvedimento;
2. di confermare le procedure di presentazione della domanda di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari, di cui all'Allegato A alla determinazione dirigenziale n. 479 del 18/10/2024, indicando il nuovo indirizzo PEC sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it a cui inviare l'istanza.
3. di stabilire che la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari debba avvenire esclusivamente mediante la trasmissione a mezzo PEC all'indirizzo: sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it. Pertanto, la Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata non potrà essere ritenuta responsabile per la mancata ricezione delle istanze inviate tramite indirizzi di posta elettronica diversi da quello sopra indicato.
4. di trasmettere, per il tramite della Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza Sanitaria e Medicina Convenzionata, il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nonché agli Ordini professionali;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

Il presente provvedimento è redatto in unico originale, composto di n. 9 facciate e da n.8 allegati per n. 22 facciate per un totale di n. 31 facciate ed è dichiarato immediatamente esecutivo e:

- **è unicamente formato** con mezzi informatici e firmato digitalmente;
- **sarà conservato** nei sistemi informatici regionali CIFRA, Sistema Puglia e Diogene in applicazione delle "Linee guida per la gestione degli Atti Dirigenziali come documenti originali informatici con il sistema CIFRA 1" dettate dal Segretario Generale della Presidenza;
- **sarà reso pubblico**, ai sensi dell'art. 20 comma 3 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 22/2021, mediante affissione per 10 giorni lavorativi, a decorrere dalla data della sua adozione, all'Albo delle Determinazioni Dirigenziali tramite la piattaforma regionale CIFRA in ottemperanza alle medesime "Linee guida per la gestione degli Atti Dirigenziali come documenti originali informatici con il sistema CIFRA" ut supra;



- **sarà pubblicizzato** in “Amministrazione Trasparente” sotto la sezione “Provvedimenti Dirigenziali” del sito www.regione.puglia.it;
- **sarà pubblicizzato** sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia in versione integrale ai sensi dell’art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994;
- **sarà trasmesso**, tramite la piattaforma CIFRA, al Segretario della Giunta Regionale;

Il presente atto, composto da n° 31 facciate, è adottato in originale.

ALLEGATI INTEGRANTI

Documento - Impronta (SHA256)
1- schema avviso pubblico.pdf - 54bb34eb90c51df099ff3332af5aa54957e096b76fae2ca09f243351b4d4b33a
2- domanda procedura aperta.pdf - 789bf69dc7fc040db585a21f2970ff13b4b36a6d3116e9098c2293e956d0cff
ALLEGATO A_TITOLO.pdf - 57d2ae46cc9db4ed51f0bf3c0c289a6f1c78e041c3ce01cb7c83e3ea52dddb8
ALLEGATO B CORSO FORMAZIONE.pdf - 5db87ad9774ff85707f9ec38a05cc4248e851a12984752c5ff8bb02780650e27
ALLEGATO C_lavoro subordinato_pubblico -.pdf - 66d4579e5c92a0fef0bf127af14d36265f831af80a4a2f253bfd98b6e7056c39
ALLEGATO C-1_lavoro subordinato_privato.pdf - 55cdeb17e8bdfef26343e0c55d1965717d8e38f8ab43d736381c51210d2c531b
ALLEGATO C-2 documenti attività lavorativa.pdf - 79bff6352c08c8571dabc503e9555b78d6222178e34b814deb8038e8a05092a7
ALLEGATO D_lavoro autonomo.pdf - a2f27b8141fa5b23d388c15c0257599477f0c86ab36b87648bdf23fa60c6a4e

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.



**REGIONE
PUGLIA**

Dipartimento Promozione della Salute e del
Benessere Animale

Sezione Programmazione e Monitoraggio Assistenza
Sanitaria e Medicina Convenzionata

Come Proposta: Codice Cifra 212/DIR/2026/00039

Sottoscrittori Proposta:

- Istruttore Proposta
Leonardo Augelli
- E.Q.. Sviluppo Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e attività
progettuali
Angela Capozzi

Firmato digitalmente da:

Il Dirigente della Sezione Programmazione e monitoraggio Assistenza Sanitaria e
Medicina convezionata
Antonella Caroli



Ministero della Salute



REGIONE
PUGLIA

**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)

**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
a decorrere dal 1° novembre 2024.**

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

PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	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 Perfusioni Cardiovascolari (DM n. 316/98)
	Igienista Dentale (DM n. 137/99)
	Dietista (DM n. 744/94)

PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo (DM n. 666/94) Fisioterapista (DM n. 741/94) Logopedista (DM n. 742/94) Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) Educatore Professionale (DM n. 520/98)
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Infermiere (DM n. 739/94) Ostetrica/o (DM n. 740/94) Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

- d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.7.2011)
- e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione PUGLIA 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*

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:

PROFESSIONE SANITARIA	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
TECNICO SANITARIE	
Area Tecnico - diagnostica	
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
Area Tecnico – assistenziale	
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
RIABILITATIVE	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
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)
INFERMIERISTICA E OSTETRICA/O	
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
TECNICO DELLA PREVENZIONE	
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.

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:
 - 2.1 sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile¹ a quella prevista per le Professioni Sanitarie rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
 - 2.2 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;
 - 2.3 sia attestata per tutti gli anni di cui al punto 2.2 e anteriori, 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:

¹ Per comprovare l'assimilabilità dell'attività lavorativa, utilizzare i parametri/documenti riportati in APPENDICE al presente avviso

- 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 PUGLIA

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.
 1. La domanda potrà essere trasmessa esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: sezione.asm.regione@pec.rupar.puglia.it.
Si precisa, altresì, che nell'oggetto della PEC dovranno essere indicati: gli estremi della determinazione dirigenziale, la qualifica professionale, il nome e cognome del candidato.
3. 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.
4. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 Puglia www.regione.puglia.it e sul portale regionale "PugliaSalute".

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 Puglia provvederà a trasmettere le risultanze dell'attività istruttoria al Ministero della Salute.
2. 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.
3. I termini potranno essere sospesi per effetto di quanto previsto all'art. 7 del presente avviso.

Articolo 11

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 12

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:

- la Regione PUGLIA per la fase iniziale dell'istruttoria;
- il Ministero della Salute per la seconda fase dell'istruttoria.

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: rpd@sanita.it

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione PUGLIA è raggiungibile al seguente indirizzo: rpd@regione.puglia.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 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 PUGLIA
 - 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.

APPENDICE

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)

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.

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 forfettario.

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, la durata (in anni, mesi, giorni) delle singole attività lavorative;
 - 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 del 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 I.V.A. 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 svolta², la continuità lavorativa³ e l'anzianità⁴, il richiedente deve allegare appropriata **ed esaustiva** documentazione, potendo utilizzare 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 Quadri⁵ 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 lavori;
 - e. eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la tipologia, l'anzianità e la continuità dell'attività lavorativa svolta (esempio: la dichiarazione del rappresentante legale/direttore della società/cooperativa per cui si lavora, la dichiarazione contenente la descrizione delle attività svolte e la durata, specificando la data di inizio e fine rapporto; le fatture dell'attività purché 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).

² 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 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di 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 partita I.V.A. e in specifici Quadri della dichiarazione dei redditi per i lavoratori autonomi.

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

⁴ 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.

⁵ Quadri dell'UNICO che possono attestare la tipologia dell'attività svolta:

- a. Quadro RE per l'autonomo con partita I.V.A. 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.

In caso di partita I.V.A. 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 Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro o di Assistente sanitario, di Infermiere, di Infermiere Pediatrico o di 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.



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
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)



**REGIONE
PUGLIA**

Spett.le Regione/Provincia

**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)

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO

AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

- ☐ 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 della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare (DM n. 316/98)
- ☐ Igienista Dentale (DM n. 137/99)
- ☐ Dietista (DM n. 744/94)

AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE

- ☐ Podologo (DM n. 666/94)
- ☐ Fisioterapista (DM n. 741/94)
- ☐ Logopedista (DM n. 742/94)
- ☐ Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94)
- ☐ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97)
- ☐ Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01)
- ☐ Terapista Occupazionale (DM n. 136/97)
- ☐ Educatore Professionale (DM n. 520/98)

AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

- ☐ Infermiere (DM n. 739/94)
- ☐ Ostetrica/o (DM n. 740/94)
- ☐ Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)

AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE

- ☐ Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97)
- ☐ 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 dei termini indicati all'art. 10 della "Procedura per la presentazione delle domande".

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 autonomi del Trattamento:

- la Regione PUGLIA per la fase iniziale dell’istruttoria;
- il Ministero della Salute per la seconda fase dell’istruttoria.

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: rpdp@sanita.it

Il Responsabile della protezione dei dati personali della Regione PUGLIA è raggiungibile al seguente indirizzo: rpdp@regione.puglia.it

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia 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 _____



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 : ☐ 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

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:

1° anno – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	2° anno – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
3° anno – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	4° anno – ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
5° anno – 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



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 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-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)

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) _____

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)

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



Ministero della Salute

ALLEGATO D

Dichiarazione 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)



**REGIONE
PUGLIA**

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) (gg/mm/aaaa)

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

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.) _____

* L'indicazione della **durata** 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.

22