



Fac-simile domanda di riconoscimento dell'attività sanitaria prestata all'estero

Marca da Bollo
€ 16,00

In carta semplice
se proveniente
dall'estero

Alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Direzione centrale salute, integrazione
socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia
riva Nazario Sauro, 8
34124 TRIESTE

Il sottoscritto/a _____ ai
sensi della legge 10 luglio 1960, n. 735, chiede la dichiarazione di equipollenza del servizio sanitario prestato
all'estero.

Ai sensi e per gli effetti previsti dall'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara sotto la propria
responsabilità e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in
caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi:

- a) di essere nato/a a _____ il _____ e di risiedere attualmente
nella Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia in via _____
n. _____, comune _____ provincia di _____;
oppure:
di risiedere nello Stato di _____ città _____
in via _____ n. _____ e di aver avuto nella Regione Autonoma Friuli
Venezia Giulia l'ultima residenza in Italia in via _____ n. _____
comune _____ provincia di _____;
- b) di essere in possesso della cittadinanza italiana, o di una dei Paesi dell'Unione Europea;
oppure:
di essere cittadino di un Paese terzo in possesso dei requisiti previsti dall'art. 38 del D.lgs 165/2001 s.m.i.;
- c) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito in data _____ presso
l'Università di _____;
- d) di essere in possesso del diploma di abilitazione conseguito in data _____ presso
l'Università di _____;
- e) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ (*indicare
la specialità*) conseguito in data _____ presso l'Università di
_____;
- f) di essere iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di
_____ dal _____;
- g) di essere in possesso di decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato
all'estero (*eventuale*).

Dichiara, inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con valore di dichiarazione sostitutiva di
atto di notorietà i seguenti stati, qualità personali e fatti:

- h) il servizio prestato nello Stato _____ nella regione/provincia/ecc. _____ è iniziato il _____ (gg.mm.aa.) e cessato il _____ (gg.mm.aa.);
- i) durante il periodo di lavoro all'estero non risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani; oppure: risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani (indicare l'ente, la natura e la durata dell'aspettativa o congedo concessi, nonché la qualifica funzionale rivestita e la disciplina praticata);
- j) durante il servizio all'estero e comunque successivamente all'anno accademico 1991/1992 non era/era iscritto/a a scuole di specializzazione in Italia o in uno dei Paesi dell'U.E. ai sensi del D.lgs n. 257/91;
- k) durante il servizio all'estero era/non era titolare di un contratto di formazione specialistica sottoscritto ai sensi del D.lgs 368/99;
- l) di avere/non avere prestato il servizio nell'ambito di un progetto di cooperazione con i paesi in via di sviluppo, ai sensi della legge n. 49/1987;
- m) il servizio all'estero è stato svolto/non è stato svolto in qualità di borsista;
- n) di non aver utilizzato e di non utilizzare il servizio prestato all'estero per il riconoscimento di una eventuale conseguente specializzazione;
- o) che l'allegata copia del decreto ministeriale/regionale di cui al precedente punto h) è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000;
- p) che l'allegata copia del contratto di cooperazione di cui al precedente punto m) è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 335/2000.

Allega alla presente:

- ulteriore marca da bollo da euro 16,00 per il rilascio del decreto di riconoscimento;
- fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- i seguenti certificati ed attestazioni (vanno obbligatoriamente allegati i certificati di cui ai punti 5 e 6 della "Guida al riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero ai fini dell'accesso alle convenzioni con le aziende sanitarie per l'assistenza primaria")
 - _____
 - _____
 - _____

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____
 Via _____ n. _____
 CAP _____ comune _____ provincia _____
 Telefono _____
 Indirizzo e-mail/pec _____

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, _____

Firma _____
 (per esteso e leggibile)