

AVVISO PUBBLICO  
PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO  
DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, AI TITOLI  
UNIVERSITARI ABILITANTI ALLE PROFESSIONI SANITARIE DI:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)</i></li><li>▪ <b>ASSISTENTE SANITARIO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)</i></li></ul>	<b>Professioni Sanitarie della Prevenzione</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>INFERMIERE</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 739)</i></li><li>▪ <b>INFERMIERE PEDIATRICO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)</i></li><li>▪ <b>OSTETRICA/O</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)</i></li></ul>	<b>Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica</b>

**GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

Settembre 2022

## Sommario

Premessa.....	3
Documenti necessari per la compilazione .....	3
Autenticazione .....	4
Sommario.....	5
1) Domanda * .....	5
2) Dichiarazioni * .....	7
3) Informativa Privacy * .....	8
4) ALLEGATO A * .....	10
5) ALLEGATO B * .....	11
6) ALLEGATO C * .....	12
7) ALLEGATO C -1* .....	13
8) ALLEGATO D* .....	14
9) TOTALI ESPERIENZE LAVORATIVE .....	16
10) ALLEGATO E.....	16
11) ALLEGATO C-2* .....	16
12) ULTERIORI ALLEGATI .....	16
13) RIEPILOGO .....	17
Indicazioni utili per l'uso della piattaforma.....	18

## Premessa

L'Avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari abilitanti alle professioni sanitarie di:

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)</i></li><li>▪ <b>ASSISTENTE SANITARIO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)</i></li></ul>	<b>Professioni Sanitarie della Prevenzione</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>INFERMIERE</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739)</i></li><li>▪ <b>INFERMIERE PEDIATRICO</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)</i></li><li>▪ <b>OSTETRICA/O</b> - <i>(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)</i></li></ul>	<b>Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica</b>

prevede come unica modalità per la presentazione delle domande l'utilizzo del servizio online disponibile alla pagina <http://salute.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/avvisi-pubblici/equivalenza-titoli>.

**La piattaforma presenta diverse sezioni, che dovranno essere compilate; per alcune di queste la compilazione è obbligatoria e se non compilate non sarà possibile concludere la procedura. Quelle obbligatorie sono contrassegnate da un asterisco. Per alcune sezioni è anche obbligatorio inserire degli allegati.**

Al termine della compilazione della domanda verrà generato il riepilogo delle informazioni inserite che dovrà essere stampato, sottoscritto con firma autografa, scansionato e allegato per l'acquisizione nella piattaforma

**entro le 14 .00 del 4 NOVEMBRE 2022**

## Documenti necessari per la compilazione

**PRIMA** di iniziare la compilazione della domanda è necessario:

1. **verificare** che il titolo per il quale si chiede il riconoscimento dell'equivalenza non sia già stato dichiarato equipollente. L'elenco della normativa è consultabile nel link di seguito: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/trasparenza/avvisi-pubblici/equivalenza-titoli> nella sezione "Riferimenti normativi per verificare l'equipollenza dei titoli";
2. **predisporre** i seguenti documenti da allegare:
  - a) copia del titolo di studio (allegare copia nella sezione Allegato A)
  - b) copia programma del corso (allegare copia nella sezione Allegato B), nel caso sia stato conseguito presso ente formativo privato
  - c) eventuali attestazioni esperienza lavorativa:
    - Attestazione esperienza lavorativa subordinata c/o ente pubblico (allegare copia nella sezione Allegato C)
    - Attestazione lavoro subordinato privato (allegare copia nella sezione Allegato C1)

- Attestazione lavoro autonomo (allegare copia nella sezione Allegato D)
- d) documenti attestanti l'attività lavorativa privata (sezione Allegato C2 da scaricare, compilare, sottoscrivere e riallegare nella stessa sezione in formato pdf)
- e) Attestazione assolvimento bollo (sezione Allegato E - da scaricare, compilare, sottoscrivere e riallegare nella stessa sezione in formato pdf)
- f) Copia del documento di identità

**Gli allegati dovranno essere in formato PDF - Dimensione massima per singolo allegato: 5MB**

Eventuali domande o richieste di chiarimenti possono essere inoltrate all'indirizzo mail:  
[TitoliProfessioniSanitarie@regione.emiliaromagna.it](mailto:TitoliProfessioniSanitarie@regione.emiliaromagna.it);

## **Autenticazione**

Per l'accesso al servizio on-line, che consente di compilare della domanda è necessario dotarsi di **un'identità digitale di persona fisica SPID oppure di CIE (Carta di identità elettronica) oppure di CNS (Carta nazionale dei servizi).**

Se non si possiede già un'identità digitale, tutte le indicazioni su come acquisirla sono reperibili al seguente indirizzo <https://www.spid.gov.it/richiedi-spid> .

## Sommario



Regione Emilia-Romagna

hai bisogno di aiuto?



Professioni sanitarie della prevenzione, infermieristiche e ostetrica

1. Domanda 2. Dichiarazioni 3. Informativa privacy 4. Allegato A 5. Allegato B 6. Allegato C 7. Allegato C 1 8. Allegato D 9. Totali esperienze lavorative 10. Allegato E 11. Allegato C 2 12. Ulteriori allegati 13. Riepilogo 14. Convalida 15. Inoltra

Una volta autenticati la piattaforma mostra una sezione con il riepilogo delle sezioni che dovranno essere compilate:

### 1) Domanda \*

\* Campo obbligatorio

Il/La sottoscritto/a \*

Nato a\*

Provincia \*

Il \*

 -  - 

Codice fiscale \*

Residente in \*

(Indirizzo) CAP \*

Comune \*

Provincia \*

(\*) Almeno uno dei campi e' obbligatorio

N. telefonico (\*)

Cell. (\*)

Indirizzo e-mail \*

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

**Riferimenti normativi:**

**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

**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

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

*(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il 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)*

## 2) Dichiarazioni \*

DICHIARA inoltre \*

- 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  
(\* Selezionare almeno una delle opzioni e indicare la data di conseguimento)

- Diploma Scuola Media

Conseguito il

- Diploma di Qualifica Professionale

Conseguito il

- Attestato di Qualifica Professionale

Conseguito il

- Diploma Scuola Superiore

Conseguito il

- Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali

Conseguito il

- Diploma Universitario

Conseguito il

- Laurea

Conseguito il

Altro  
Specificare

Conseguito il

- ALLEGA** alla presente la copia in carta semplice di un valido documento d'identità personale
- 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.
- ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, **ATTESTA** la veridicità delle dichiarazioni rese, l'autenticità delle certificazioni nonché la conformità agli originali dei documenti presentati

CHIEDE infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta \*

*Compilare i seguenti campi se si desidera ricevere le comunicazioni ad un indirizzo diverso da quello di residenza*

Indirizzo

CAP

Comune

Provincia

*Compilare il seguente campo se si desidera ricevere le comunicazioni all'indirizzo PEC*

Indirizzo PEC

### 3) Informativa Privacy \*

#### 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:

Il Ministero della Salute e la Regione Emilia Romagna.



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 Emilia-Romagna è raggiungibile al seguente indirizzo: Via Aldo Moro 52 – 40127 Bologna, email: dpo@regione.emilia-romagna.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 designato 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 de

**Il/La sottoscritto/a \***



**DICHIARA di aver preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del regolamento europeo n. 679/2016**

#### 4) ALLEGATO A \*

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZA

DICHIARA di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza  
Denominazione del titolo \*

Tipologia del titolo \*

*In caso di Altro specificare di seguito*

Specificare

Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso \*

Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione

Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo

Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo \*

Indirizzo sede \*

(Comune, Provincia)

Data di conseguimento \*

Anno scolastico/accademico \*

(esempio 1989/1990)

Copia del titolo autentica e conforme all'originale

Sfoggia...

**File PDF max 5 Mb – obbligatorio**

## 5) ALLEGATO B \*

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il CORSO DI FORMAZIONE

**DICHIARA** in relazione al titolo denominato

Conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a

che il relativo percorso formativo è svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni:

*Il numero complessivo di ore viene calcolato in automatico al salvataggio*

Per complessive ore \*

così suddivise

**1° anno ore totali**

Ore di formazione teorica

Ore di formazione pratica

**2° anno ore totali**

Ore di formazione teorica

Ore di formazione pratica

**3° anno ore totali**

Ore di formazione teorica

Ore di formazione pratica

**4° anno ore totali**

Ore di formazione teorica

Ore di formazione pratica

**5° anno ore totali**

Ore di formazione teorica

Ore di formazione pratica

*Allegare copia del programma del corso qualora il titolo sia conseguito presso un ente formativo privato*

**Copia del programma**

**File PDF max 5 Mb – obbligatorio**

Sfoggia...

*Nel caso non sia possibile indicare la ripartizione delle ore di formazione teorica e pratica indicare il valore "zero" e compilare il campo note con la motivazione della mancata quantificazione delle ore di corso*

Note

## 6) ALLEGATO C \*

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PUBBLICO

**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 Pubblico *	<input type="text"/>
Sede (Indirizzo) *	<input type="text"/>
Profilo professionale *	<input type="text"/>
Posizione Funzionale/Categoria *	<input type="text"/>
Qualifica Funzionale/Profilo *	<input type="text"/>
Tipologia contratto *	<input type="text" value="-----"/>
Data inizio *	<input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/> <input type="text"/>
Data fine *	<input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/> <input type="text"/>
Durata complessiva ***Anni (*)	<input type="text"/> Mesi (*) <input type="text"/>

Documento attestante l'attività lavorativa svolta

Descrizione documento



Copia del Documento autentica e conforme all'originale

[File PDF max 5 Mb](#)

\*\* 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 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.

## 7) ALLEGATO C -1\*

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PRIVATO

**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 *	<input type="text"/>				
Indirizzo sede legale *	<input type="text"/>	C.F. Ente (*)	<input type="text"/>	Partita IVA Ente (*)	<input type="text"/>
Tipologia contratto		C.C.N.L. e settore *	<input type="text"/>		
Inquadramento livello *	<input type="text"/>				
Tipologia contratto *	<input type="text"/>				
Compilare il seguente campo se selezionato Tempo determinato <input type="text"/>					
Specificare AltroSpecificare	<input type="text"/>				
Qualifica	<input type="text"/>				
Mansione	<input type="text"/>				
Luogo di lavoro *	<input type="text"/>				
Attività svolta *	<input type="text"/>				
Data inizio *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data fine *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Durata complessiva ***Anni (*)	<input type="text"/>	Mesi (*)	<input type="text"/>		

Documento attestante l'attività lavorativa svolta

Descrizione documento \*

**Copia del Documento autentica e conforme all'originale**

[File PDF max 5 Mb](#)

Sfoggia...

\*\* 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 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.

## 8) ALLEGATO D\*

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA

- DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa autonoma/libero professionale 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*

Tipologia attività lavorativa \*

Compilare il seguente campo se Libero professionista

C.F. (\*)

Partita IVA (\*)

Denominazione impresa/società/Cooperativa \*

Stato \*

Specificare Atro

Specificare

Codice attività \*

Descrizione codice attività \*

Domicilio fiscale \*

(Indirizzo)

Attività svolta \*

Ruolo ricoperto \*

Inizio attività \*

Termine attività \*

Durata complessiva \*\*\*Anni (\*)  Mesi (\*)

Documento attestante l'attività lavorativa svolta

Descrizione documento \*

**Copia del Documento autentica e conforme all'originale**

**File PDF max 5 Mb**

Sfoggia...

\*\*\* 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.

## 9) TOTALI ESPERIENZE LAVORATIVE

In questa sezione viene riepilogata la durata l'attività lavorativa dichiarata negli allegati C – C1 - D

**ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PUBBLICO (Allegato C)**

Mesi  Anni

**ESPERIENZA LAVORATIVA SUBORDINATA c/o ENTE PRIVATO (Allegato C-1)**

Mesi  Anni

**ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA (Allegato D)**

Mesi  Anni

## 10) ALLEGATO E

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo con contrassegno telematico Bollo (euro 16,00)**

Caricare il file relativo al pagamento del bollo debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa, utilizzando il [facsimile scaricabile](#)

Allegare copia Allegato E  
*File PDF max 5 Mb*

Sfogliare...

## 11) ALLEGATO C-2\*

**Documenti attestanti l'attività lavorativa privata**

Caricare il file contenente l'elenco dei documenti relativi all'attività lavorativa privata debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa, utilizzando il [facsimile scaricabile](#)

Allegare copia Allegato C-2  
*File PDF max 5 Mb*

Sfogliare...

## 12) ULTERIORI ALLEGATI

**In questa sezione è possibile allegare ulteriore documentazione non allegata nelle sezioni precedenti**

**NB:** 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. (vedi articolo 9 "Domanda per il riconoscimento del titolo" dell'avviso pubblico)



## 13) RIEPILOGO

### sezione riepilogato dati inseriti nelle diverse sezioni.

Verificare la correttezza delle informazioni ed apportare le eventuali modifiche, procedere quindi con la stampa e salvare per proseguire.

 **INDIETRO**

 **STAMPA RIEPILOGO DATI**

**SALVA & PROSEGUI** 

## INDICAZIONI UTILI PER L'USO DELLA PIATTAFORMA

Sul PC da cui si compila la domanda di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento è necessario aver installato un visualizzatore di documenti PDF, come Adobe Acrobat Reader.

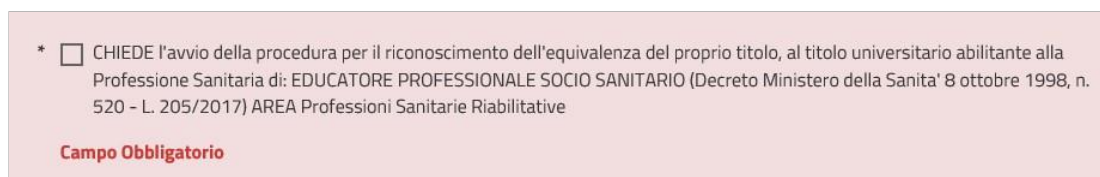
Per iniziare la compilazione di una nuova domanda cliccare su "INIZIA NUOVA RICHIESTA".  
Per riprendere la compilazione già iniziata cliccare su "LE MIE RICHIESTE"

The screenshot shows the top navigation bar of the Regione Emilia-Romagna website, with the logo on the left and a user profile icon on the right. Below the navigation bar is a white header area containing a user profile icon labeled 'Gentile' and a message: 'l'identificazione è avvenuta correttamente. Puoi iniziare la compilazione del modulo.' Below this is a blue banner with two dates: 'Pubblicato il 23-05-2022 alle ore 10:00' and 'Scade il 30-09-2022 alle ore 14:00'. The main content area is titled 'Professioni sanitarie della prevenzione, infermieristiche e ostetrica' and features a 'Servizi PA attivi: spd' logo. A large blue box contains an 'AVVISO PUBBLICO' regarding the recognition of qualifications. The text in the box lists the professions covered (Sanitary Assistant, Nurse, Pediatric Nurse, and Midwife/Ostetrician) and provides a list of required documents (Allegato A-F). At the bottom of the box, there are two buttons: 'LE MIE RICHIESTE' and 'INIZIA NUOVA RICHIESTA'.

- Il modulo si presenta come un insieme di step (1. Domanda, 2. Dichiarazioni, ...) che al loro interno contengono molteplici campi.
- I campi obbligatori sono caratterizzati da un asterisco.
- Cliccando su ogni singolo step è possibile visualizzare i campi richiesti e compilarli.
- Cliccando sul pulsante 'SALVA E PROSEGUÌ' il sistema salva, comunque, i dati inseriti e verifica la correttezza degli stessi segnalando eventuali messaggi di errore. Se non sono presenti errori chiudelo STEP e si posiziona sul successivo. In qualsiasi momento si potrà tornare in modifica dei dati degli STEP chiusi, cliccando sull'apposito pulsante TORNA IN MODIFICA.
- Se sono presenti errore max lo step non verrà chiuso e non sarà possibile procede con l'inoltro della domanda.
- È possibile uscire dal sistema e riprendere la compilazione in un secondo momento accedendo alla funzione "Le mie richieste".
- È **sconsigliato** copiare testi formattati da documenti word / open office / etc., è raccomandato digitare i testi direttamente nel modulo on-line oppure copiarli da un file di tipo testuale. In ogni caso è bene ricontrollare il testo inserito nei campi dopo il salvataggio e correggere eventuali caratteri non copiati correttamente.

➤ Esempi di errori che segnala il sistema:

- campi obbligatori non compilati



- l'email non è valida



➤ Per modificare i dati di uno step già compilato (gli step compilati hanno il titolo di colore grigio, quelli in corso di compilazione di colore rosso) si può procedere nella seguente modalità:

- cliccare sul tab dello step specifico
- cliccare sul pulsante centrale TORNA IN MODIFICA

Attraverso lo step “Riepilogo” è possibile vedere tutti i dati inseriti e farne una stampa per verifica Attraverso lo step “Convalida”, attivo solo se si è completati tutti gli step precedenti, è possibile scaricare il pdf e ricaricarlo dopo che il legale rappresentante o suo delegato l’ha firmato digitalmente.

➤ L'inoltro è lo step conclusivo della procedura di compilazione, se l'inoltro è andato a buon fine verrà visualizzato un messaggio simile al seguente:



➤ In ogni pagina è presente un'intestazione da cui saranno disponibili alcune funzioni:

- richieste di assistenza alla compilazione “hai bisogno di aiuto?”
- l'elenco delle richieste in corso di compilazione e completate (“Le mie richieste”)
- modifica password: non utilizzabile nel caso di utilizzo di credenziali Federa o SPID
- elimina utente: non utilizzabile nel caso di utilizzo di credenziali Federa o SPID
- ESCI: per disconnettersi dal sistema.



- La funzione “hai bisogno di aiuto?” consente di inviare segnalazioni riguardo malfunzionamenti o richieste di informazioni.

Come prima cosa verrà visualizzata la pagina delle FAQ, dalla quale si può accedere al form di supporto cliccando su “Richiedi assistenza”.

- **É possibile inoltre scrivere a [TitoliProfessioniSanitarie@regione.emiliaromagna.it](mailto:TitoliProfessioniSanitarie@regione.emiliaromagna.it);**
- **Per riprendere la compilazione della domanda accedere dal link [https://modulionline-regioneemiliaromagna.elixforms.it/rwe2/user\\_console.jsp](https://modulionline-regioneemiliaromagna.elixforms.it/rwe2/user_console.jsp)**
- Dalla funzione “Le mie richieste” è possibile:
  - riprendere la compilazione delle richieste non completate (pulsante RIPRENDI)
  - eliminare la domanda (pulsante con l'icona del bidone)
  - visionare il PDF delle richieste inoltrate, nonché il numero di ricevuta, gli allegati e le comunicazioni formali (pulsante DETTAGLIO)



Regione Emilia-Romagna

### Le mie richieste

SSR-PSP-2022  
ID 17407990

Professioni sanitarie della prevenzione, infermieristiche e ostetrica

➕ NUOVA RICHIESTA

RIPRENDI >