

FAC-SIMILE DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITA' SANITARIA PRESTATATA ALL'ESTERO

(art. 124, comma 2, del decreto legislativo n. 112/1998)

LA DOMANDA VA PRESENTATA IN BOLLO (o in carta semplice se proveniente dall'estero)

Alla Regione Emilia-Romagna
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e
per l'Integrazione
Servizio gestione amministrativa
Viale Aldo Moro 21

= 40127 BOLOGNA =

Il/ La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ prov. _____ in
via/piazza _____ n. _____ tel _____

CHIEDE

Il rilascio della dichiarazione di equipollenza del servizio Sanitario prestatato all'estero presso _____ dal _____ al _____ in qualità di _____ ai fini della partecipazione ai concorsi pubblici nonché dell'accesso alle convenzioni con le Ausl per l'assistenza generica e specialistica.

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

- a) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____
- c) di essere in possesso del diploma di abilitazione conseguito in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ conseguito in data _____ presso l'Università di _____
- e) di essere iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di _____ dal _____
- f) di essere in possesso di decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestatato all'estero dal _____ al _____ svolto presso _____

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, che:

g) durante il periodo di lavoro all'estero risultava/non risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri Enti pubblici e privati italiani (in caso affermativo indicare la denominazione dell'Ente, la natura e la durata dell'aspettativa o congedo concessi, nonché la qualifica funzionale rivestita e la disciplina praticata);

h) il servizio all'estero è stato svolto/non è stato svolto in qualità di borsista;

i) durante il servizio all'estero (successivamente all'anno accademico 1991/1992) risulta iscritto/non risulta iscritto a scuole di specializzazione in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione Europea, ai sensi del Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 257, e successivo 17 agosto 1999, n.368 (in caso affermativo indicare: scuola di specializzazione in _____ dell'Università di _____);

j) il servizio estero è stato/non è stato prestato nell'ambito di un progetto di cooperazione con i paesi in via di sviluppo ai sensi della legge 26 febbraio 1987, n. 49;

k) il servizio prestato all'estero non è stato e non sarà utilizzato per il riconoscimento di una eventuale conseguente specializzazione;

l) l'allegata copia del decreto ministeriale/regionale- di cui al precedente punto f) è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del O.P.R. n. 445/2000;

m) l'allegata copia del contratto di cooperazione di cui al precedente punto j) è conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.A. n. 445/2000.

N.B. i punti i) e k) riguardano solo i medici.

Allega alla presente:

1. fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;
2. copia dichiarata conforme all'originale del decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato all'estero;
3. copia dichiarata conforme all'originale del contratto di cooperazione di cui alla legge n.49/87; 4. i seguenti certificati ed attestazioni (vanno obbligatoriamente allegati i certificati di cui ai punti 4) e 5) della guida alla presentazione della documentazione necessaria per il riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero)

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

Nome e Cognome _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ e-mail _____

Data _____

Firma _____