

Domanda di riconoscimento dell'attività sanitaria prestata all'estero (*fac simile*)

Marca da
bollo
€ 16,00

Alla Regione Lazio Direzione Regionale Salute e
Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane GR/39/06
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 – Roma
PEC: arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a _____ (comune
della Regione Lazio) in via _____ n. _____ tel. _____
chiede, ai sensi della legge 10 luglio 1960, n. 735, la dichiarazione di equipollenza del servizio
sanitario prestato all'estero dal _____ al _____.

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 in possesso della cittadinanza italiana o di una dei Paesi dell'Unione Europea;
- b) di essere in possesso della 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
_____ (indicare la specialità) conseguito in data
_____ presso l'Università _____ di _____;
- e) di essere iscritto all'Ordine dei _____ della Provincia di
_____ dal _____;
- f) *di essere in possesso del decreto ministeriale di precedente servizio sanitario prestato all'estero
svolto presso _____ dal _____ al
_____ (allegare copia conforme)

*per chi avesse già ricevuto il riconoscimento di un precedente servizio prestato all'estero.

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:

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 l'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 e comunque successivamente all'anno accademico 1991/1992 era / non era iscritto a scuole di specializzazione in Italia o in uno dei Paesi dell'U.E. ai sensi del D.lgs n. 257/91 e successivo 17 agosto 1999 n. 368. In caso affermativo, indicare la scuola di specializzazione in _____ presso l'Università di _____;

j) di non aver utilizzato e di non utilizzare il servizio prestato all'estero per il riconoscimento di una eventuale conseguente specializzazione;

k) 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 26 febbraio 1987, n. 49 (in caso affermativo, allegare copia del contratto di cooperazione dichiarata conforme all'originale ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000).

N.B. i punti i), e J) riguardano solo i medici.

Allega alla presente (obbligatorie)*:

- ***fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;**
- ***certificato dell'Autorità Sanitaria del paese estero (consultare guida al punto n. 3)**
- ***certificato dell'Ente o Istituto estero presso il quale è stato prestato servizio (consultare guida al punto n. 4)**
- altre certificazioni/attestazioni:

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente istanza venga fatta al seguente indirizzo PEC di cui sono il titolare: _____

Firma _____

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 _____