

Allegato A

MODULO FAC-SIMILE DI DOMANDA PER L'ESERCIZIO TEMPORANEO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI SANITARIE E DELLA QUALIFICA PROFESSIONALE DI OPERATORE SOCIO SANITARIO CONSEGUITE ALL'ESTERO, AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.L. 17.03.2020, N. 18, CONVERTITO NELLA L. 24.04.2020, N. 27 e SS.MM.II.

All'ASP

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18 convertito in Legge 24 aprile 2020, n. 27, sostituito dall'art. 8-sexies del Decreto-legge n. 31 dicembre 2020, n. 183, convertito nella Legge 26 febbraio 2021, n. 21 e ss.mm.ii.

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____
nato/a a _____ provincia (____) il ____ / ____ / _____ cittadinanza _____
_____ residente a _____
_____ provincia (____) cap _____ indirizzo _____
_____ n. civico _____ codice fiscale _____
_____ e-mail/pec _____ tel. _____

manifesta la propria disponibilità a svolgere attività professionale nella qualità di _____ (indicare la professione sanitaria o la qualifica professionale di operatore socio-sanitario in base ad una qualifica professionale conseguita all'estero regolata da specifiche direttive dell'Unione europea) presso codesta Azienda/struttura purché impegnate nell'emergenza da COVID-19.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici ottenuti sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

di essere in possesso del titolo di studio o qualifica professionale di *(indicare il nome del titolo di studio in lingua originale)*

conseguito presso l'Università/Istituto di qualificazione professionale di _____
_ il _____

di avere conseguito eventuale diploma di specializzazione in *(solo per il titolo di medico. Indicare in lingua originale)*¹

rilasciato dall'Università di _____ il _____

di essere iscritto all'Ordine/Albo professionale dei/degli _____

di *(indicare il Paese)* _____ dal

_____ ²

di conoscere le seguenti lingue:

Italiano

Altre (specificare) _____

Il sottoscritto dichiara altresì di possedere il seguente indirizzo di posta certificata

_____ quale **domicilio digitale** da cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

di possedere, altresì, un indirizzo di posta elettronica _____

Luogo e data

Firma

¹ da compilare esclusivamente a cura di medici chirurghi

² alla documentazione e all'eventuale dichiarazione di valore deve essere allegata la traduzione in lingua italiana autenticata dall'autorità consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, che ne attesti la conformità all'originale. In alternativa la traduzione può essere giurata o asseverata da un Tribunale italiano.

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- copia conforme all'originale del titolo di studio/dell'attestato di qualifica conseguito all'estero
- copia conforme all'originale del diploma di specializzazione (*solo per **medici chirurghi***)
- copia conforme all'originale della certificazione dell'iscrizione all'Ordine/Albo professionale (*solo per qualifiche professionali sanitarie*).

Nel caso in cui nel Paese di provenienza non sia presente un Ordine Professionale di riferimento è necessario allegare alla domanda la dichiarazione di valore, conforme all'originale, rilasciata dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nel Paese dove è stato rilasciato il titolo. La conformità all'originale dovrà essere resa secondo quanto disposto dall'art. 22, comma 2 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 205 e s.m.i., ovvero attestata da un notaio o da un altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato (vedi nota 3)

- copia conforme all'originale dei programmi dettagliati degli studi (*solo per gli **operatori socio- sanitari***) (vedi nota 3)
- curriculum vitae formato europeo redatto in lingua italiana
- copia del documento d'identità in corso di validità (*nel caso in cui la domanda sia sottoscritta con firma autografa*)
- copia del permesso di soggiorno che consente di svolgere attività lavorativa per i cittadini di Paesi non U.E. (4)
- informativa ex art. 13 del Regolamento UE n. 679 del 2016 sul trattamento dei dati personali debitamente sottoscritta.

Allegato B

Azienda

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Città di nascita _____

Stato provenienza _____

PEC _____

Telef. _____

Titolo di studio/qualifica professionale _____

Diploma di specializzazione (solo per i medici) _____

Università/Istituto di qualificazione professionale _____

Data conseguimento _____

Ordine /Albo professionale _____

Paese _____

Conoscenza delle lingue (specificare oltre quella italiana)
