

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 77° - Numero 30

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 21 luglio 2023

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ
Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074943 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 775 del 14 luglio 2023.

Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. n. 502/92 s.m.i. - Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 2011).

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO n. 775 del 14 luglio 2023.

Avviso pubblico unico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs. n. 502/92 s.m.i. - Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 2011).

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

- VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTO** il D.lgs. 30/12/1992 n. 502 e s.m.i.;
- VISTA** la L.R. n. 10 del 15/05/2000;
- VISTA** la L.R. n. 19 del 16/12/2008 – Norme per la riorganizzazione dei Dipartimenti regionali, Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione Regionale – che ha istituito il “Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico”;
- VISTO** il D.P.Reg. n.9 del 5 aprile 2022, recante “Regolamento di attuazione del Titolo II della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19. Rimodulazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti regionali ai sensi all'articolo 13, comma 3, della legge regionale 17 marzo 2016, n. 3”;
- VISTA** la L.R. n. 5 del 14/04/2009 – Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale;
- VISTA** la Legge 26/02/1999, n. 42 recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”;
- VISTO** in particolare l'art. 4 della succitata legge n. 42/1999 rubricato “Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'art. 6, comma 3, del D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i.”;
- VISTO** l'Accordo Stato Regioni n. 17/CSR del 10/02/2011;
- VISTO** il D.P.C.M. 26/07/2011 con il quale è stato recepito l'Accordo raggiunto in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente i criteri e le modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26/02/1999, n. 42;
- VISTA** la circolare DGRUPS 0043468-P del 20/09/2011 con la quale il Ministero della Salute ha fornito a tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano indicazioni operative necessarie a rendere uniforme l'attività istruttoria di competenza regionale nell'ambito del procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della citata legge 26/02/1999, n. 42;
- VISTA** la Delibera di Giunta regionale n. 37 del 27/01/2012 “Procedimento per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, ai sensi dell'art. 4, comma 2, della citata Legge 26/02/1999, n. 42”;
- CONSIDERATO** che la suddetta delibera di Giunta regionale n. 37 del 27/01/2012 demanda all'Assessore per la Salute di provvedere con propri atti all'emanazione degli avvisi pubblici, nonché l'adozione di tutti gli atti necessari alla materiale esecuzione della

parte di competenza regionale;

- VISTA** la Legge 11 gennaio 2018 n. 3 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute" che ha previsto che per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie diviene necessaria l'iscrizione all'albo professionale ed uno dei requisiti per l'iscrizione è il possesso del prescritto titolo di studio;
- VISTO** il decreto del Ministro della Salute del 13 marzo 2018, pubblicato nella G.U.R.I. n. 77 del 3 aprile 2018, concernente l'istituzione degli albi professionali presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che ha previsto tra i requisiti per l'iscrizione all'albo il possesso di laurea abilitante all'esercizio della professione sanitaria, ovvero titolo equipollente o equivalente alla laurea abilitante;
- VISTO** il decreto Ministero della Salute del 9 agosto 2019 "Istituzione degli elenchi speciali ad esaurimento istituiti presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione» (G.U.R.I. n.212 del 10-9-2019);
- CONSIDERATO** che il Ministero della Salute nelle sedute della Conferenza dei Servizi del 20 marzo 2023 e del 20 Aprile 2023 ha richiesto alle Regioni di procedere all'apertura degli avvisi pubblici per le diverse aree delle professioni sanitarie (area delle professioni tecnico sanitarie, area delle professioni sanitarie riabilitative, area delle professioni infermieristiche/ostetriche e area delle professioni tecniche della prevenzione) per il riconoscimento dei titoli del pregresso ordinamento;
- CONSIDERATO** che nella riunione del tavolo tecnico interregionale "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni formativi" del 17 maggio 2023 sono state concordate la programmazione di apertura degli avvisi, le modalità operative ed è stata esitata la relativa modulistica;
- VISTA** la nota DGPROF 34267-P- del 16/06/2023 con la quale il Ministero della Salute prende atto di quanto determinato dai rappresentanti del Tavolo tecnico della Commissione Salute "Area Risorse Umane, Formazione e Fabbisogni Formativi" relativamente alla emanazione di un avviso pubblico unico contenente una calendarizzazione di distinti periodi suddivisi per "Area delle professioni sanitarie";
- RITENUTO** pertanto di approvare l'avviso pubblico, il form di domanda e la documentazione allegata per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, relativamente alle seguenti aree:
- area delle professioni tecnico sanitarie;
 - area delle professioni sanitarie riabilitative;
 - area delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetrica e tecniche della prevenzione;

D E C R E T A

- ART. 1** Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate, è approvato ed emanato l'avviso pubblico unico corredato del form di domanda e degli allegati A, B, C, C1, C2, D per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs n. 502/92 s.m.i., parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, relativamente alle seguenti aree:
- area delle professioni tecnico sanitarie;
 - area delle professioni sanitarie riabilitative;
 - area delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetrica e tecniche della prevenzione.
- ART. 2** L'avviso è rivolto ai professionisti in possesso di titoli conseguiti entro il 17 marzo 1999 che non siano già stati riconosciuti equipollenti con i decreti emanati nell'anno

2000 dal Ministero della Sanità e ss.mm.ii., i cui corsi di formazione siano stati formalmente autorizzati e svolti nel territorio della Regione Siciliana.

ART. 3 Le domande di riconoscimento dell'equivalenza dovranno essere presentate, a pena di esclusione, nei termini stabiliti dall'avviso allegato.

Il presente decreto ed il relativo avviso saranno pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e sul sito internet dell'Assessorato della Salute.

Palermo, 14 luglio 2023.

VOLO

Allegato



Ministero della Salute

AVVISO PUBBLICO UNICO
 PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO
 DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AI
 TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA,
 di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs n. 502/92 s.m.i.
 Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011, recepito con D.P.C.M. 26 luglio
 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana



Assessorato della Salute
 Dipartimento Attività Sanitarie
 e Osservatorio Epidemiologico

Allegato al DA 775 del 14.07.2023

Si porta a conoscenza degli interessati che sono aperti i termini di presentazione delle domande per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento, ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie di cui alla L. 251/2000.

Articolo 1
Presentazione delle istanze – cicli temporali

1. Le istanze potranno essere presentate secondo il calendario di seguito riportato con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.
2. Per ogni Area delle Professioni Sanitarie sono previste due cicli temporali utili alla presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari:

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO	1° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE	2° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE
AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE <i>Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico audioprotesista, Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale, Dietista</i>	Dal 14 luglio 2023 all'11 settembre 2023	Dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE <i>Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista-Assistente in oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale</i>	Dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023	Dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE <i>Infermiere, Ostetrica/o, Infermiere pediatrico</i>	Dal 13 novembre 2023 all'11 gennaio 2024	Dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024
AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE <i>Tecnico della prevenzione dell'ambiente e dei luoghi di lavoro, Assistente sanitario</i>		

Articolo 2
Effetti e modalità di riconoscimento dell'equivalenza

1. Il riconoscimento dell'equivalenza del titolo posseduto è attribuito ai soli fini dell'esercizio professionale, sia subordinato che autonomo, e dell'accesso alla formazione post-base (art. 4, L. 42/99), ed è condizionato al raggiungimento del punteggio previsto, secondo quanto indicato all'art. 3 dell'Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito nel D.P.C.M. 26 luglio 2011.

2. Qualora non sia raggiunto il punteggio previsto, il riconoscimento stesso è subordinato all'effettuazione di un percorso di compensazione formativa stabilito in base a criteri individuati con il decreto direttoriale della Direzione generale dell'Università, dello Studente e del Diritto allo studio, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca del 19 marzo 2014.

Articolo 3 Titoli riconoscibili

1. I titoli che possono essere ammessi alla procedura di valutazione del riconoscimento dell'equivalenza debbono possedere le seguenti caratteristiche:
- a) devono essere stati **conseguiti entro il 17 marzo 1999**, ed il relativo corso formativo deve essere iniziato **entro il 31 dicembre 1995**;
 - b) devono essere stati conseguiti conformemente all'ordinamento in vigore anteriormente all'emanazione dei decreti di individuazione dei profili professionali relativi ai diplomi universitari (*si vedano in proposito i decreti ministeriali riportati alla successiva lett. c) in corrispondenza di ogni Professione Sanitaria*);
 - c) devono essere riconducibili alle singole Professioni Sanitarie interessate, in applicazione del comma 2, dell'art. 4 della Legge n. 42/99 e dei relativi profili emanati con i decreti ministeriali di seguito elencati:

DECRETI MINISTERIALI DI INDIVIDUAZIONE DEI PROFILI PROFESSIONALI	
PROFESSIONI TECNICHE SANITARIE	Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare (DM n. 316/98) Igienista Dentale (DM n. 137/99) Dietista (DM n. 744/94)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Podologo (DM n. 666/94) Fisioterapista (DM n. 741/94) Logopedista (DM n. 742/94) Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) Educatore Professionale (DM n. 520/98)
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Infermiere (DM n. 739/94) Ostetrica/o (DM n. 740/94) Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) Assistente Sanitario (DM n. 69/97)

- d) devono aver consentito l'esercizio professionale in conformità all'ordinamento allora in vigore; (art. 5, c. 2, D.P.C.M. 26.7.2011)
- e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Siciliana o da altri Enti preposti allo scopo della medesima Regione, e svolti nell'ambito del territorio regionale.
Per Enti preposti allo scopo si fa riferimento a quegli Enti pubblici che, in base alla normativa vigente all'epoca, erano preposti istituzionalmente o all'espletamento dei corsi di formazione/qualificazione/abilitazione, o al rilascio delle autorizzazioni a corsi che poi – in concreto – possono essere stati svolti/gestiti anche da Enti privati.

Articolo 4
Titoli esclusi dalla procedura di valutazione del riconoscimento

1. Non sono valutabili ai fini del riconoscimento dell'equivalenza i seguenti titoli/diplomi/attestati/qualifiche comunque denominati e da chiunque rilasciati:
 - a) Infermiere generico (legge 29/10/1954 n° 1046, art. 6 D.P.R. n. 225/74);
 - b) Infermiere psichiatrico (art. 24 del R.D. 16/08/1909, n. 615, legge 29/10/1954 n° 1046);
 - c) Puericultrice (artt. 12 e 13 legge 19 luglio 1940, n. 1098);
 - d) Ottici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - e) Odontotecnici (titoli di abilitazione e diplomi di maturità professionale art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, decreti Ministro della Sanità 23 aprile 1992 e 28 ottobre 1992);
 - f) Addetti/assistenti alla poltrona dentistica/odontoiatrica;
 - g) Titoli di massofisioterapista conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - h) Massaggiatori (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - i) Capo bagnino degli stabilimenti idroterapici (art. 99 T.U.L.S. R.D. 27 luglio 1934, n. 1265);
 - j) Massaggiatori sportivi (legge 26 ottobre 1971, n. 1099 sulla "Tutela sanitaria delle attività sportive, decreto 5 luglio 1975 del Ministero per la sanità);
 - k) titoli universitari rilasciati dalla Facoltà di Pedagogia/Scienze della Formazione per Educatore Professionale conseguiti dopo l'entrata in vigore della legge 26 febbraio 1999, n. 42;
 - l) titoli universitari ISEF, Scienze Motorie;
 - m) titoli di operatore strumentista (C.C.N.L. ANISAP);
 - n) diplomi di infermiera volontaria di Croce Rossa che, con la legge del 4 febbraio 1963 n. 95, furono equiparati al certificato di abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere generico;
 - o) titoli rilasciati agli infermieri militari previsti dall'ordinamento del personale civile dello Stato dal Decreto 124/71 del 25 febbraio, articolo 10, e dal D.M. n. 19 del 12/12/90.

Articolo 5
Titoli già equipollenti*

1. Non verranno presi in considerazione titoli già dichiarati equipollenti ai rispettivi diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 42/99 di seguito riportati per le singole Professioni Sanitarie:

PROFESSIONE SANITARIA	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
TECNICO SANITARIE	
Area Tecnico - diagnostica	
TECNICO AUDIOMETRISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
Area Tecnico – assistenziale	
TECNICO ORTOPEDICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TECNICO AUDIOPROTESISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE VASCOLARE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000
IGIENISTA DENTALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000

* Mentre il riconoscimento dell'equipollenza di un titolo ad un altro è sancito da una norma, nell'equivalenza il riconoscimento di un titolo ad un altro è subordinato ad una procedura di valutazione del singolo caso concreto, si realizza in presenza di determinati requisiti, ed avviene su istanza dell'interessato.

DIETISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
RIABILITATIVE	RIFERIMENTI NORMATIVI EQUIPOLLENZA TITOLI
PODOLOGO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
FISIOTERAPISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
LOGOPEDISTA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
ORTOTTISTA-ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 190 del 16.08.2000
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 189 del 14.08.2000
EDUCATORE PROFESSIONALE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000 D.M. 22 giugno 2016 – G.U. n. 196 del 23.8.2016 D.M. 29 marzo 2001 n. 182 – G.U. n. 115 del 19.5.2001 Legge n. 145 del 30/12/2018, comma 539 (G.U. n. 302 - S.O. n. 62 del 31.12.2018) Legge n.160 del 27/12/2019, art. 1, comma 465 (G.U. n. 304 - S.O. n. 45 del 30.12.2019)
INFERMIERISTICA E OSTETRICA/O	
INFERMIERE	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000
OSTETRICA/O	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
INFERMIERE PEDIATRICO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000
TECNICO DELLA PREVENZIONE	
TECNICO DELLA PREVENZIONE DELL'AMBIENTE E DEI LUOGHI DI LAVORO	D.M. 27-7-2000 – G.U. n. 191 del 17.08.2000 integrato dal D.M. 3-11-2011 (G.U. n. 277 del 28/11/2011)
ASSISTENTE SANITARIO	D.M. 27 luglio 2000 – G.U. n. 195 del 22.08.2000

Articolo 6 Produzione del titolo

1. L'attestazione relativa al titolo di cui si richiede il riconoscimento dell'equivalenza conseguito presso un ente pubblico deve essere resa, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**).
2. Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente privato (ancorché autorizzato da un ente pubblico), il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**) attestante il conseguimento del titolo, la copia del titolo prodotta secondo una delle seguenti modalità:
 - a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 (**Allegato A**);
 - b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Articolo 7 Valutazione del titolo e dell'esperienza lavorativa

1. Al fine di consentire il riconoscimento dell'equivalenza del titolo, il richiedente dovrà fornire idonee specificazioni riguardo alla durata del corso di formazione ed all'esperienza lavorativa di cui è in possesso.
 - 1.1 Per quanto riguarda la durata del corso di formazione, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., il richiedente dovrà produrre una dichiarazione sostitutiva di certificazione in cui riportare la durata complessiva della formazione in anni, in ore di insegnamento e tutte le informazioni richieste come da fac-simile **Allegato B**.
 - 1.2 Qualora il corso sia stato svolto presso un ente formativo privato (ancorché autorizzato da un ente pubblico) il richiedente dovrà allegare alla dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato B**) la copia del programma del corso al fine di comprovare le dichiarazioni rese.

2. Per ciò che attiene all'esperienza lavorativa, l'interessato deve dimostrare che la stessa:
 - 2.1 sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile¹ a quella prevista per le Professioni Sanitarie rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
 - 2.2 sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **antecedenti al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del D.P.C.M. 26 luglio 2011;
 - 2.3 sia attestata per tutti gli anni di cui al punto 2.2 e antecedenti, tramite le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio come da fac-simile **Allegati C, C-1, D**, rese ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 s.m.i. e da appropriata documentazione che ne certifichi l'effettivo svolgimento per tutti gli anni/mesi/giorni dichiarati.
3. In APPENDICE al presente avviso sono riportate le indicazioni per la produzione delle attestazioni/autocertificazioni richieste riguardanti l'esperienza lavorativa.

Art. 8 **Richiesta elementi integrativi**

1. Nel caso in cui, durante la fase iniziale dell'istruttoria riservata alle Regioni ai fini del perfezionamento dell'istanza, si dovesse riscontrare il difetto degli elementi previsti, ed in particolare, qualora dalle dichiarazioni sostitutive, o dalla documentazione inviata, non dovessero rinvenirsi le informazioni necessarie, le Regioni e Province autonome provvederanno alla richiesta delle relative integrazioni.
Tali integrazioni dovranno essere fornite dall'istante nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della richiesta e dovranno essere trasmesse con le modalità che verranno indicate.
Eventuali disguidi nel loro recapito all'amministrazione dovuti ad inesatte indicazioni, saranno imputati all'istante che non potrà sollevare eccezioni di sorta in merito.

Art. 9 **Comunicazione di inammissibilità**

1. Qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi non verrà dato ulteriore corso all'istanza:
 - a) il titolo di cui si chiede l'equivalenza non sia stato conseguito entro il 17 marzo 1999 o il relativo corso formativo sia iniziato dopo il 31 dicembre 1995, così come indicato nell'art. 3, lett. a) del presente avviso;
 - b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 4 del presente avviso;
 - c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n. 42/99, come indicato nell'art. 5 del presente avviso;

Di ciò verrà fornita apposita comunicazione a cura delle Regioni e Province autonome.

Articolo 10 **Domanda per il riconoscimento del titolo**

1. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere redatta secondo lo schema allegato al presente avviso, alla quale deve essere apposta una marca da bollo da € 16,00.
2. La domanda deve essere corredata dagli appositi Allegati A, B, C e/o C1 e/o C2 e/o D, compilati e sottoscritti.
3. La domanda potrà essere spedita:
 - a) (modalità preferibile) a mezzo posta elettronica certificata (PEC), utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata, all'indirizzo: **dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it** indicando nell'oggetto: "*Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99*".

¹ Per comprovare l'assimilabilità dell'attività lavorativa, utilizzare i parametri/documenti riportati in APPENDICE al presente avviso

La domanda e tutti i documenti allegati alla stessa dovranno essere sottoscritti dall'istante e inviati a mezzo PEC **esclusivamente in formato PDF**.

Il pagamento della marca da bollo dovrà essere assolto nel seguente modo:

- apposizione della marca da bollo sul frontespizio della domanda;
- annullamento della marca da bollo;
- scansione in formato **PDF** del modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto dall'istante dal quale si evinca l'avvenuto annullamento della marca da bollo.

oppure

b) a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Dipartimento ASOE
Servizio 2 "Formazione"
Via Mario Vaccaro, 5
90141 Palermo

indicando sulla busta l'oggetto della procedura: "**Domanda di riconoscimento dell'equivalenza ai titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99**".

4. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere spedita secondo la calendarizzazione dei termini previsti dall'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse.
5. Le domande inoltrate secondo termini diversi da quelli previsti all'articolo 1 del presente Avviso pubblico unico verranno trattate come segue:
 - a) le istanze presentate secondo termini diversi da quelli previsti per ogni singola Professione Sanitaria nel 1° ciclo saranno esaminate secondo i termini indicati per il 2° ciclo in corrispondenza della specifica Professione Sanitaria;
 - b) le istanze inoltrate secondo termini diversi da quelli previsti per il 2° ciclo saranno esaminate entro il termine di 180 giorni dal ricevimento dell'istanza stessa da parte dell'amministrazione regionale/provinciale.
6. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione/Provincia autonoma ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso.
7. In caso di spedizione tramite raccomandata con avviso di ricevimento, la data di trasmissione della domanda è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante.
In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di invio della PEC.
8. Non sono ammissibili istanze presentate con modalità diverse da quelle previste.
9. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:
 - a) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita;
 - b) il titolo di cui si chiede l'equivalenza, la data di conseguimento dello stesso, l'Istituto o Ente che ha rilasciato il titolo e la durata del corso;
 - c) l'eventuale attività lavorativa svolta e l'attuale occupazione;
 - d) titoli di studio posseduti in aggiunta al titolo di cui si chiede l'equivalenza (es: diploma di scuola media, diploma di scuola superiore, ecc.);
 - e) il recapito e/o indirizzo PEC presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.
10. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni apposte dall'interessato, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per omissione o apposizione di un oggetto diverso da quello indicato nella raccomandata o PEC, né per eventuali disguidi postali, informatici, o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
11. Alla domanda 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.

12. La domanda deve essere sottoscritta dal richiedente a pena di nullità della stessa. La firma non deve essere autenticata e dovrà essere allegata alla domanda una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.

Copia del presente bando può essere scaricata dal sito web della Regione Siciliana – Assessorato della Salute.

Eventuali informazioni o precisazioni potranno essere pubblicate nelle medesime pagine web.

Per informazione sull'avviso è possibile scrivere una mail al seguente indirizzo: formazione.sanita@regione.sicilia.it

Articolo 11

Autocertificazioni e sanzioni per dichiarazioni mendaci

1. Per consentire una corretta valutazione di quanto autocertificato, è necessario che le dichiarazioni sostitutive siano redatte in modo analitico e contengano tutti gli elementi che verrebbero indicati se i documenti stessi fossero rilasciati dall'Ente competente, pena il verificarsi di una situazione di falsità o di non veridicità, con le dovute conseguenze di legge, o di incompletezza, per cui ne deriverebbe l'impossibilità di effettuare un apprezzamento di quanto descritto. Si raccomanda pertanto l'utilizzo dei fac-simile allegati al presente avviso.
2. Per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000. Inoltre, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dall'interessato, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Articolo 12

Privacy - Informativa sul trattamento dei dati personali

Si veda l'allegata informativa relativa al trattamento dei dati personali.

Articolo 13

Disposizioni finali e di rinvio

1. Agli istanti non verrà data comunicazione dell'avvio del procedimento.
2. Per quanto non espressamente contenuto nel presente avviso si rinvia all'Accordo Stato/Regioni n. rep. n. 17/CSR del 10 febbraio 2011, recepito con D.P.C.M. del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

INFORMATIVE:

- Una volta conclusa la fase iniziale dell'istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute
- Entro i successivi 80 giorni, previo esame delle istanze da parte della Conferenza dei servizi di cui all'art. 7, comma 5, del D.P.C.M. 26.07.2011, verrà emanato il provvedimento da parte del Ministero della Salute a conclusione del procedimento.
- I termini potranno essere sospesi per effetto di quanto previsto all'art. 8 del presente avviso.
- Avverso il provvedimento ministeriale sarà possibile esperire ricorso al TAR Lazio entro i termini previsti dal D.lgs 02/07/2010, n. 104 "Codice del Processo Amministrativo".
- Ai sensi della L. n. 241/1990 e successive modifiche,
 - il responsabile della fase iniziale dell'istruttoria è la Regione Siciliana – Assessorato della Salute –
 - il responsabile della seconda fase dell'istruttoria e dell'adozione del provvedimento finale è il Ministero della Salute.
- Gli interessati hanno facoltà di esercitare il diritto di accesso agli atti del procedimento di riconoscimento dell'equivalenza secondo le modalità previste dalla L. n. 241/1990 e s.m.i., dal D.P.R. n.184/2006, nonché dalle disposizioni delle singole Regioni e Province autonome e del Ministero della Salute.

APPENDICE

AVVISO PUBBLICO UNICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs n. 502/92 s.m.i. . Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10/2/ 2011 recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

AVVERTENZE

La domanda per il riconoscimento del titolo deve essere redatta utilizzando l'apposito modulo allegato al presente avviso, così come le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.

Si invitano gli istanti ad inviare la domanda di riconoscimento con congruo anticipo rispetto alla scadenza dei termini, onde evitare di incorrere in eventuali disguidi postali per l'invio tramite raccomandata, oppure di incorrere in malfunzionamenti del sistema informatico in caso di invio tramite PEC.

Non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito o volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.

ATTESTAZIONE ESPERIENZA LAVORATIVA

ATTENZIONE

- a. *Non saranno valutate attestazioni relative ad esperienze lavorative espletate successivamente al 10 febbraio 2011;*
- b. *L'attività lavorativa viene valutata soltanto dopo la data di conseguimento del titolo per il quale si richiede l'equivalenza.*

Attività lavorativa subordinata

1. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio come da Fac-simile Allegato C.
2. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro privato deve essere resa, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da Fac-simile Allegato C-1, inoltre al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità lavorativa, il richiedente deve allegare appropriata documentazione comprovante quanto dichiarato, potendo utilizzare i seguenti documenti:
 - a) copia del/dei contratti di lavoro sottoscritti ed eventuali ulteriori documenti (es. dichiarazione del datore di lavoro, libretto del lavoro), dichiarazione/i in carta intestata sottoscritta/e dal rappresentante legale/direttore della società/cooperativa sociale o altro ente privato, idonei ad attestare l'attività lavorativa svolta, la tipologia e l'inquadramento contrattuale; la qualifica, le mansioni e/o le prestazioni svolte, e la durata (in anni, mesi, giorni) delle singole attività lavorative e complessiva;
 - b) copia di altri documenti ritenuti idonei ad attestare quanto dichiarato in Allegato C-1, ovvero la tipologia di attività lavorativa svolta, la data di inizio e fine e la durata complessiva.

La documentazione allegata deve essere, integrativa e coerente con quanto dichiarato in Allegato C-1 ed elencata nell'Allegato C-2.

All'allegato C- 1 **non** devono essere allegati il fascicolo previdenziale INPS, le dichiarazioni dei redditi di un lavoratore dipendente (es. CUD, Modello 740 – quadro C; Modello 730 – quadro C; Modello 101 fino al 1997) o la copia del Libretto di lavoro se non nei casi in cui riportino la qualifica contrattuale assimilabile all'attività svolta.

Attività lavorativa autonoma/libero professionale

Si tratta di un lavoro svolto in proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente che paga la prestazione o il servizio con un corrispettivo in denaro. Il lavoro autonomo può essere svolto in proprio come titolare di una partita iva o in qualità di socio di una società, ente o cooperativa. Nei casi in cui l'istante abbia svolto lavoro autonomo come prestazione d'opera senza essere socio di una società/cooperativa o titolare di una partita iva, sarà suo onere presentare la documentazione reddituale che possa dimostrare lo svolgimento di tale attività, la tipologia di attività svolta e la durata.

1. L'attestazione relativa all'attività lavorativa autonoma/libero professionale deve essere resa, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da fac-simile Allegato D.
2. Le attività lavorative autonome per essere valutate, debbono essere documentate, ed al fine di comprovare la tipologia di attività svolta², la continuità lavorativa³ e l'anzianità⁴, il richiedente deve allegare appropriata **ed esaustiva** documentazione, potendo utilizzando i seguenti documenti:
 - a) certificazione di attribuzione di partita I.V.A. riferita agli anni di attività dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4], con esplicitazione del "codice attività", indicante la classificazione/tipologia dell'attività svolta e lo storico variazioni;
 - b) dichiarazione dei redditi (740/UNICO) riferita a tutti gli anni di esperienza dichiarata [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. b], allegando solo i Quadri⁵ del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito", cioè la tipologia dell'attività svolta contrassegnata dal "codice attività"
 - c) eventuale copia di incarichi professionali sottoscritti o di contratti di collaborazione [D.P.C.M. 26.7.2011, art. 2, comma 4, lett. c]
 - d) visura storica/atto societario/statuto, dal quale si evinca l'oggetto e il codice attività della società/cooperativa, il ruolo/funzione assunto dall'istante e l'attività svolta dal richiedente presso la società/studio/cooperativa/altro ente di cui è socio o per cui lavora.
 - e) eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la tipologia dell'attività svolta, l'anzianità e la continuità dell'attività lavorativa svolta (esempio: la dichiarazione del rappresentante legale/direttore della società/cooperativa per cui si lavora, dichiarazione contenente la descrizione delle attività svolte e la durata, specificando la data di inizio e fine rapporto; le fatture dell'attività purché intestate all'istante e indicante la tipologia dell'attività svolta)

I documenti indicati al punto a) e b) sono vevoli sia per attività autonoma individuale, sia per attività autonome svolte nell'ambito della propria ditta individuale o in qualità di soci o lavoratori di una società. I quadri del modello della dichiarazione dei redditi utili a comprovare la "natura del reddito" cambiano in base al regime fiscale impiegato e se la dichiarazione è dell'attività societaria anziché individuale. Nel primo caso (dichiarazione redditi di società), il "codice attività" non è presente nel Quadro richiesto (in genere Quadro RH). È quindi necessario che l'istante alleghi anche i documenti indicati ai punti e).

² La tipologia di attività svolta indica la "natura dell'attività lavorativa", cioè le mansioni, ovvero i compiti svolti che debbono essere assimilabili alle professioni sanitarie, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo. Nel lavoro autonomo la "tipologia" dell'attività è dimostrata dal **codice attività** che identifica l'attività/settore economico. Questo è contenuto nella certificazione di p.iva e in specifici Quadri dell'UNICO, la dichiarazione dei redditi degli autonomi

³ La continuità lavorativa è dimostrata da prestazioni lavorative non occasionali e consecutive l'una all'altra pur con periodi di intervallo

⁴ L'anzianità lavorativa è data dalla sommatoria della durata in anni, mesi e giorni delle singole attività assimilabili, ovvero dalla durata complessiva dell'attività lavorativa

⁵ Quadri dell'UNICO che possono attestare la tipologia dell'attività svolta:

- a. Quadro RE per l'autonomo con p.iva. In caso di applicazione di regimi fiscali agevolati il Quadro RE può essere sostituito da: Quadro CM – regime dei minimi; Quadro RL – regime agevolato, o altri quadri
- b. Quadro RG: indica il reddito di impresa in regime di contabilità semplificata
- d. Quadro RE: indica il reddito d'impresa in regime di contabilità ordinaria
- e. Quadro RK: indica l'utile per le società s.n.c. o s.a.s. per ciascun socio.
- f. Quadro RH: indica il reddito del socio nell'ambito della società ovvero esprime il dividendo tra i soci.

Il quadro RH e altri che non presentano il codice attività pur attestando la tipologia dell'attività, devono essere integrati dalla dichiarazione dell'amministratore/direttore sanitario della società.

In caso di p.iva associata a più codici attività, è onere dell'istante allegare ulteriore documentazione che possa dimostrare lo svolgimento dell'attività lavorativa assimilabile alle professioni sanitarie, per la quale si chiede l'equivalenza del titolo.

I predetti documenti devono essere prodotti secondo una delle seguenti modalità:

- a) fotocopia semplice dichiarata conforme all'originale con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. n. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n. 445/2000.

Nel caso il richiedente abbia svolto attività lavorativa subordinata, sia alle dipendenze di datori di lavoro pubblico che privato, e abbia svolto attività lavorativa autonoma/libero professionale, dovrà compilare tutti i moduli per le attività corrispondenti.

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Misure attuative del Regolamento 2016/679
del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016

Procedura per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26/02/1999, n. 42

Informativa sulla protezione dei dati personali
ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 2016-679

1. Trattamento dei dati personali a cui si riferisce questa informativa

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016-679 in relazione al trattamento dei dati svolto dagli uffici del Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico per la seguente attività:

- riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26/02/1999, n. 42.

Il trattamento è improntato rispetto ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza e tutelando la riservatezza e i diritti dell'interessato ai sensi di legge.

2. Soggetti che intervengono nel trattamento dati

Sono titolari del trattamento:

- Il Ministero della Salute
- La Regione Siciliana – Assessorato della Salute, rappresentato dall'Assessore pro-tempore, con recapito in Palermo, via Piazza Ottavio Ziino n. 24, pec: assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 0917075645.

Il Responsabile del trattamento è il Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, rappresentato dal Dirigente generale pro-tempore con recapito in Palermo, via Mario Vaccaro n. 5, email: formazione_sanita@regione.sicilia.it; dirigentegen.dasoe@regione.sicilia.it, pec: dipartimento_attivita_sanitarie@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 091-7079296.

Per conto del Titolare e del Responsabile, il trattamento viene effettuato anche dal sub-Responsabile del trattamento, Servizio 2 "Formazione", rappresentato dal suo Dirigente, con recapito in Palermo, via Mario Vaccaro n. 5, email: formazione_sanita@regione.sicilia.it pec: dipartimento_attivita_sanitarie@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 091-7079200.

Per particolari compiti tecnici o servizi relativi alla gestione informatica di stazioni di lavoro, reti e server della Regione Siciliana interviene nel trattamento dei dati il sub-Responsabile tecnico la soc. Sicilia Digitale S.p.A con recapito in Palermo, via Thaon de Revel n. 18-20, email protocollo@siciliaeservizi.it, pec siciliaeservizi@pec.siciliaeservizi.it, telefono 091-8437322.

Riguardo particolari compiti tecnici o servizi relativi alla gestione delle e-mail e delle pec interviene nel trattamento dei dati il sub-Responsabile tecnico la soc Aruba S.p.A. con recapito in Ponte San Pietro (BG) Via San Clemente, 53, pec: aruba@aruba.pec.it.

3. Il Responsabile della protezione dei dati

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 della Regione Siciliana ha recapito e-mail dpo@regione.sicilia.it e pec dpo@certmail.regione.sicilia.it.

4. Fonte e Tipologie dei dati personali trattati

I dati personali sono stati raccolti presso l'interessato e presso altri soggetti istituzionali a cui spetta fornire informazioni a questa Amministrazione.

I dati personali trattati appartengono alle seguenti categorie:

- dati personali identificativi quali dati anagrafici, indirizzi, numeri di telefono, qualifica professionale, indirizzi e-mail, indirizzi PEC, elementi della identità fisica, economica, fiscale, culturale o sociale, ecc.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali forniti vengono utilizzati nell'ambito della procedura di riconoscimento facente capo all'attività di cui al punto 1.

La base giuridica del trattamento si identifica nell'art. 6 comma 1 lett. e) del regolamento UE 2016/679 pertanto il trattamento dei dati personali dell'interessato viene effettuato dalla Regione Siciliana per lo svolgimento di funzioni istituzionali e non necessita del consenso dell'interessato stesso.

6. Modalità di trattamento

I dati vengono trattati in relazione alla finalità descritta e con logiche ad essa correlate, sia in forma cartacea che con strumenti digitali e telematici, nel rispetto dei principi fissati all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, in maniera da garantire un'adeguata sicurezza, compresa la protezione contro trattamenti non autorizzati o illeciti, mediante misure tecniche e organizzative adeguate. Sulla base dei dati oggetto della presente informativa, la Regione Siciliana non assumerà alcuna decisione mediante elaborazione completamente automatizzata, né verrà effettuata alcuna profilazione automatizzata.

7. Comunicazione e diffusione dei dati

I dati potranno essere trattati per le finalità di cui alla presente informativa dai soggetti di cui al punto 2 e dalle persone da loro autorizzate al trattamento. I dati potranno essere oggetto di comunicazione nei casi e con le modalità previste dalla legge.

8. Conservazione dei dati

Per le finalità del trattamento i dati vengono conservati presso le sedi dei soggetti di cui al punto 2.

Inoltre i dati vengono anche conservati presso gli archivi siti in questo Dipartimento e presso il Ministero della Salute - Direzione generale delle Professioni Sanitarie e delle risorse Umane del S.S.N.

I dati presso questo Dipartimento saranno trattati e conservati per un numero illimitato di anni.

9. Diritti dell'interessato

L'utente può esercitare i propri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016 sui dati personali che lo riguardano, inviando una comunicazione al Titolare del trattamento presso uno dei recapiti indicati al punto 2, con la quale potrà:

- chiedere conferma o meno sull'esistenza di un trattamento dei propri dati personali;
- chiedere l'accesso agli stessi;
- chiedere la loro rettifica;
- chiedere la cancellazione, fermo restando che tale diritto non si applica per l'adempimento di un obbligo

legale che richieda il trattamento previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il Titolare del trattamento o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse oppure nell'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento;

- chiedere la limitazione del trattamento;
- opporsi al trattamento;
- chiedere la portabilità dei dati personali, fermo restando che tale diritto non si applica al trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento.

L'interessato potrà in qualsiasi momento proporre reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati personali, piazza Venezia n. 11, scala B, 00187 Roma.

10. Ulteriori informazioni

Data aggiornamento, 10/03/2023

Il Titolare del trattamento: Regione Siciliana – Assessorato della Salute, rappresentato dall'Assessore pro-tempore.



AVVISO UNICO - D O M A N D A
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del progresso
ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie
 ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.
 D.P.C.M. 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana



Assessorato della Salute
 Dipartimento Attività Sanitarie e
 Osservatorio Epidemiologico

MARCA DA BOLLO € 16,00

Spett.le Regione **SICILIANA**

La /Il Sottoscritta/o _____
 (Nome e Cognome)

nata/o a _____ il _____
 (Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _____

chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di: (effettuare un'unica scelta barrando la casella d'interesse)

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO	1° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE	2° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE
AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE		
<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista (DM n. 667/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico (DM n. 745/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (DM n. 746/94) <input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia (DM n. 183/95) <input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico (DM n. 665/94) <input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista (DM n. 668/94) <input type="checkbox"/> Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare (DM n. 316/98) <input type="checkbox"/> Igienista Dentale (DM n. 137/99) <input type="checkbox"/> Dietista (DM n. 744/94)	Dal 14 luglio 2023 all'11 settembre 2023	Dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE		
<input type="checkbox"/> Podologo (DM n. 666/94) <input type="checkbox"/> Fisioterapista (DM n. 741/94) <input type="checkbox"/> Logopedista (DM n. 742/94) <input type="checkbox"/> Ortottista – Assistente di Oftalmologia (DM n. 743/94) <input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (DM n. 56/97) <input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (DM n. 182/01) <input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale (DM n. 136/97) <input type="checkbox"/> Educatore Professionale (DM n. 520/98)	Dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023	Dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE AREA PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE		
<input type="checkbox"/> Infermiere (DM n. 739/94) <input type="checkbox"/> Ostetrica/o (DM n. 740/94) <input type="checkbox"/> Infermiere Pediatrico (DM n. 70/97)	Dal 13 novembre 2023 all'11 gennaio 2024	Dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024
<input type="checkbox"/> Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM n. 58/97) <input type="checkbox"/> Assistente Sanitario (DM n. 69/97)		

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:

(Indicare la denominazione del 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)

DICHIARA

di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

di **NON** aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

DICHIARA di essere iscritto:

all'Elenco Speciale per la professione di _____ della Provincia di: _____

all'Albo per la professione di _____ della Provincia di: _____

di non essere iscritto ad alcun Albo professionale o Elenco speciale

- 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:

Diploma Scuola Media Diploma di Qualifica Professionale Attestato di Qualifica Professionale

Diploma Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea

Altro (spec.) _____

conseguito/i il _____

DICHIARA inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto delle tempistiche indicate all'art. 1 dell'Avviso pubblico unico nonché nel rispetto di quanto indicato al riguardo all'art. 10, comma 5.

ALLEGA alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, B, ecc.) completamente compilate e, in aggiunta, include:

- la copia in carta semplice di un **valido documento d'identità** personale;

- un apposito **elenco**, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate.

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..

Data _____

Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

COPIA
NON

CHIEDE infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Nome e Cognome _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

n. telefonico _____ cell. _____

indirizzo e-mail _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC): _____

(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Data _____ Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

Informativa Privacy

Informativa sulla protezione dei dati personali ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 2016-679

1. Trattamento dei dati personali a cui si riferisce questa informativa

Questa informativa è resa ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE 2016-679 in relazione al trattamento dei dati svolto dagli uffici del Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico per la seguente attività:

- riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 26/02/1999, n. 42.

Il trattamento è improntato rispetto ai principi di correttezza, liceità, pertinenza e trasparenza e tutelando la riservatezza e i diritti dell'interessato ai sensi di legge.

2. Soggetti che intervengono nel trattamento dati

Sono titolari del trattamento:

- Il Ministero della Salute
- La Regione Siciliana – Assessorato della Salute, rappresentato dall'Assessore pro-tempore, con recapito in Palermo, via Piazza Ottavio Ziino n. 24, pec: assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 0917075645.

Il Responsabile del trattamento è il Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, rappresentato dal Dirigente generale pro-tempore con recapito in Palermo, via Mario Vaccaro n. 5, email: formazione.sanita@regione.sicilia.it; dirigentegen.dasoe@regione.sicilia.it, pec: dipartimento_attivita_sanitarie@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 091-7079296.

Per conto del Titolare e del Responsabile, il trattamento viene effettuato anche dal sub-Responsabile del trattamento, Servizio 2 "Formazione", rappresentato dal suo Dirigente, con recapito in Palermo, via Mario Vaccaro n. 5, email: formazione.sanita@regione.sicilia.it pec: dipartimento_attivita_sanitarie@certmail.regione.sicilia.it, telefono: 091-7079200.

Per particolari compiti tecnici o servizi relativi alla gestione informatica di stazioni di lavoro, reti e server della Regione Siciliana interviene nel trattamento dei dati il sub-Responsabile tecnico la soc. Sicilia Digitale S.p.A con recapito in Palermo, via Thaon de Revel n. 18-20, email protocollo@siciliaeservizi.it, pec siciliaeservizi@pec.siciliaeservizi.it, telefono 091-8437322.

Riguardo particolari compiti tecnici o servizi relativi alla gestione delle e-mail e delle pec interviene nel trattamento dei dati il sub-Responsabile tecnico la soc Aruba S.p.A. con recapito in Ponte San Pietro (BG) Via San Clemente, 53, pec: aruba@aruba.pec.it.

3. Il Responsabile della protezione dei dati

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 della Regione Siciliana ha recapito e-mail dpo@regione.sicilia.it e pec dpo@certmail.regione.sicilia.it.

4. Fonte e Tipologie dei dati personali trattati

I dati personali sono stati raccolti presso l'interessato e presso altri soggetti istituzionali a cui spetta fornire informazioni a questa Amministrazione.

I dati personali trattati appartengono alle seguenti categorie:

- dati personali identificativi quali dati anagrafici, indirizzi, numeri di telefono, qualifica professionale, indirizzi e-mail, indirizzi PEC, elementi della identità fisica, economica, fiscale, culturale o sociale, ecc.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali forniti vengono utilizzati nell'ambito della procedura di riconoscimento facente capo all'attività di cui al punto 1.

La base giuridica del trattamento si identifica nell'art. 6 comma 1 lett. e) del regolamento UE 2016/679 pertanto il trattamento dei dati personali dell'interessato viene effettuato dalla Regione Siciliana per lo svolgimento di funzioni istituzionali e non necessita del consenso dell'interessato stesso.

6. Modalità di trattamento

I dati vengono trattati in relazione alla finalità descritta e con logiche ad essa correlate, sia in forma cartacea che con strumenti digitali e telematici, nel rispetto dei principi fissati all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, in maniera da garantire un'adeguata sicurezza, compresa la protezione contro trattamenti non autorizzati o illeciti,

mediante misure tecniche e organizzative adeguate. Sulla base dei dati oggetto della presente informativa, la Regione Siciliana non assumerà alcuna decisione mediante elaborazione completamente automatizzata, né verrà effettuata alcuna profilazione automatizzata.

7. **Comunicazione e diffusione dei dati**

I dati potranno essere trattati per le finalità di cui alla presente informativa dai soggetti di cui al punto 2 e dalle persone da loro autorizzate al trattamento. I dati potranno essere oggetto di comunicazione nei casi e con le modalità previste dalla legge.

8. **Conservazione dei dati**

Per le finalità del trattamento i dati vengono conservati presso le sedi dei soggetti di cui al punto 2.

Inoltre i dati vengono anche conservati presso gli archivi siti in questo Dipartimento e presso il Ministero della Salute - Direzione generale delle Professioni Sanitarie e delle risorse Umane del S.S.N.

I dati presso questo Dipartimento saranno trattati e conservati per un numero illimitato di anni.

9. **Diritti dell'interessato**

L'utente può esercitare i propri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016 sui dati personali che lo riguardano, inviando una comunicazione al Titolare del trattamento presso uno dei recapiti indicati al punto 2, con la quale potrà:

- chiedere conferma o meno sull'esistenza di un trattamento dei propri dati personali;
- chiedere l'accesso agli stessi;
- chiedere la loro rettifica;
- chiedere la cancellazione, fermo restando che tale diritto non si applica per l'adempimento di un obbligo legale che richieda il trattamento previsto dal diritto dell'Unione o dello Stato membro cui è soggetto il Titolare del trattamento o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse oppure nell'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento;
- chiedere la limitazione del trattamento;
- opporsi al trattamento;
- chiedere la portabilità dei dati personali, fermo restando che tale diritto non si applica al trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento.

L'interessato potrà in qualsiasi momento proporre reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati personali, piazza Venezia n. 11, scala B, 00187 Roma.

10. **Ulteriori informazioni**

Data aggiornamento, 10/03/2023

Il Titolare del trattamento: Regione Siciliana – Assessorato della Salute, rappresentato dall'Assessore pro-tempore.

Data _____

Firma per presa visione _____
(per esteso e leggibile)

COPIA TRATTA
NON VALIDA



Ministero della Salute

ALLEGATO ADichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante il
TITOLO di cui si chiede l'EQUIVALENZARICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e
Osservatorio EpidemiologicoLa/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i, **DICHIARA** di aver conseguito il seguente titolo di cui chiede il riconoscimento dell'equivalenza:**Denominazione del titolo:** _____**Tipologia del titolo :** Diploma di Qualifica Professionale Attestato di Qualifica Professionale Diploma di Scuola Superiore Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali Diploma Universitario Laurea Altro (specificare) _____**Denominazione Ente pubblico che ha autorizzato il corso:**_____
(Es.: Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Regione, Provincia, ULSS, Ospedale, ecc.)**Indicare per esteso i riferimenti dell'atto normativo/amministrativo di istituzione/autorizzazione:**_____
(Es.: delibere regionali, decreti ministeriali, leggi, leggi regionali, D.P.R., D.M., atti citati, ecc.)**Eventuale numero di protocollo/repertorio o specificazioni riportate sul titolo:****Denominazione ente, università o struttura formativa che ha rilasciato il titolo:**_____
(Es.: Università, Regione, Provincia, Scuola, Istituto, ULSS, Ospedale, ecc.)**Indirizzo sede:** _____
(Comune, Provincia)**Data di conseguimento:** |__| |__| |__| **Anno scolastico/accademico** __________
Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

La/il sottoscritta/o **allega alla presente la copia** del titolo stesso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia del titolo è autentica e conforme all'originale._____
Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata



Ministero della Salute

ALLEGATO B
Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante il
CORSO DI FORMAZIONE
RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana

Assessorato della Salute
Dipartimento Attività Sanitarie e
Osservatorio EpidemiologicoLa/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)**DICHIARA**

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i.,

in relazione al titolo denominato: _____,

conseguito presso ente, struttura formativa, università denominato/a _____

_____ che il relativo percorso
formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di anni: 1 2 3 4 5 per complessive ore: _____ così suddivise:

1° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	2° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
3° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	4° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____
5° anno - ore totali: _____ di cui: - ore di formazione teorica: _____ - ore di formazione pratica: _____	

Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, la/il sottoscritta/o **allega copia** del programma del corso al fine di supportare le dichiarazioni di certificazione rese, e **dichiara** ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia è autentica e conforme all'originale.

Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

COP
NC



Ministero della Salute

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

 RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
 AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
 DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana


 Assessorato della Salute
 Dipartimento Attività Sanitarie e
 Osservatorio Epidemiologico

 La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)

 nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

 ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **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: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

 Tipologia contratto: Tempo determinato** Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)
Durata*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

 Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

 Tipologia contratto: Tempo determinato** Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

 ** 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** (anche parziale, cioè part-time) 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.

Durata*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Profilo Professionale: _____

Posizione Funzionale/Categoria: _____

Qualifica Funzionale/Profilo: _____

Tipologia contratto: Tempo determinato** Tempo indeterminato

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

(In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata*: Tempo pieno, durata: _____ Tempo parziale _____%, durata: _____
(anni - mesi) (anni - mesi)

Durata complessiva*: _____
(anni - mesi)

Durata* complessiva esperienza lavorativa: _____

(anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

- a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

_____ **Data**

_____ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

COPIA
NON



Ministero della Salute

ALLEGATO C-1

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

RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
 AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
 DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana



Assessorato della Salute
 Dipartimento Attività Sanitarie e
 Osservatorio Epidemiologico

La/il sottoscritta/o _____
(Nome e Cognome)

nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **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: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ e/o Partita IVA Ente | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

Tempo indeterminato Tempo determinato ** del tipo:

Continuativo; In sostituzione/A chiamata;

Altro (specificare): _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)

Durata* complessiva (anni - mesi) _____

** Con **Tempo determinato** si intendono tutte le tipologie contrattuali a termine, indipendentemente dalla tipologia (esempi: collaborazione, sostituzione maternità, a chiamata, stagionale, ecc.).

Ente Privato: _____

Indirizzo sede legale _____

C.F. Ente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e/o Partita IVA Ente | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipologia contratto:

C.C.N.L. e settore _____ Inquadramento livello _____

 Tempo indeterminato Tempo determinato** del tipo: Continuativo; In sostituzione/A chiamata; Altro (specificare): _____

Qualifica _____ Mansione _____

Luogo di lavoro _____ Attività svolte _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ **Data termine** (gg/mm/aaaa) _____ (In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso ente con medesimo profilo e contratto, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio della durata il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro)**Durata*** complessiva (anni - mesi) _____**Durata* complessiva esperienza lavorativa:**

_____ (anni - mesi)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copia dei seguenti documenti e dichiara, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 445/2000 s.m.i., che la copia di tali documenti è autentica e conforme all'originale:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Data_____
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

COPIA
NONCopia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione



Ministero della Salute

ALLEGATO C-2

Dichiarazione sostitutiva di certificazione riguardante
DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTIVITA' LAVORATIVA PRIVATA
 RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO,
 AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA
 DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

Regione Siciliana



Assessorato della Salute
 Dipartimento Attività Sanitarie e
 Osservatorio Epidemiologico

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 19, D.P.R. n. 445/2000 e s.m., **DICHIARA** che, al fine di comprovare le dichiarazioni di certificazione rese, le copie dei documenti allegati alla domanda relativi all'attività lavorativa svolta alle dipendenze di enti privati o autonomo/libero professionale, e di seguito elencati, sono autentici e conformi all'originale:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

Data

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

La firma non va autenticata

 Ministero della Salute	ALLEGATO D Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL PREGRESSO ORDINAMENTO AI TITOLI UNIVERSITARI DELL'AREA SANITARIA DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)	Regione Siciliana  Assessorato della Salute Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
---	--	---

Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/_____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto/di svolgere la seguente attività lavorativa autonoma/libero professionista 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 2011).

Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista: singolo
 per società/coop

Partita IVA | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (spec.) _____

Codice attività | |_|_|_|_|_|_|_| | Descrizione codice attività _____

Domicilio fiscale (indirizzo) _____

Attività svolta _____

Ruolo ricoperto _____

Inizio attività _____ Termine attività _____
(gg/mm/aaaa) (gg/mm/aaaa)

Durata attività * (escluse le eventuali interruzioni): _____
(mesi/anni)

Tipologia attività lavorativa:

Impresa individuale Socio di società/ Cooperativa Libero professionista: singolo
 per società/coop

Partita IVA | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Denominazione impresa/società/Cooperativa _____

Stato: in attività cessata altro (spec.) _____

* 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.

La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Pusante Alfonso - via Barone Francesco Celsa, 33.

BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali

Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).

BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Edicola "Scilipoti" di Stroschio Agostino - via Catania, 13.

CASTELVETRANO - Cartolibreria Marotta di Parrino V. & Valerio N. s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.

CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.

MODICA - Baglieri Laura - corso Umberto I, 458/460.

PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Bottega della Carta"

di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11.

PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armana Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.

RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.

SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.

SIRACUSA - Cartolibreria Zimmitti s.r.l. unipersonale - via Necropoli Grotticelle, 25/O.

TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 350.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2023

PARTE PRIMA

I)I Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale

— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00

II)I Abbonamento ai fascicoli ordinari, inclusi i supplementi ordinari e l'indice annuale:

— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento annuale (abbonamento semestrale non previsto)	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale (versione cartacea)	€ 166,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento annuale (solo on-line)	€ 133,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (versione cartacea)	€ 91,00 + I.V.A. ordinaria
Abbonamento semestrale (solo on-line)	€ 73,00 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 3,50 + I.V.A. ordinaria
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario: per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,00 + I.V.A. ordinaria

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni fasciata

€ 0,15 + I.V.A. ordinaria

Per l'estero i prezzi di abbonamento e vendita sono il doppio dei prezzi suddetti

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato, a mezzo **bollettino postale**, sul c/c postale n. 00296905 intestato alla "Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana - abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione (in atto, UNICREDIT), indicando nella causale di versamento per quale parte della Gazzetta ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione della Gazzetta non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della Gazzetta deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione del Codice Univoco, delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dell'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, se concernenti l'intero anno, dal 1° gennaio al 30 giugno se relativi al 1° semestre e dal 1° luglio al 31 dicembre, se relativi al 2° semestre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati ed esauriti o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre e entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.a. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della Gazzetta.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione di una etichetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

Si fa presente che, in atto, l'I.V.A. ordinaria viene applicata con l'aliquota del 22%.

AVVISO Gli uffici della Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 15,45 alle ore 17,15. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 2,30

Copia tratta dal sito Ufficiale della G.U.R.S Copia non valida per la
commercializzazione