

Ministero  
della Salute

**AVVISO PUBBLICO**  
**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 502/92 s.m.i..**  
**Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011**  
**recepito con DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)**

REGIONE  
TOSCANA

Provvedimento della Giunta regionale n.

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:

- **Podologo**
- **Fisioterapista**
- **Logopedista**
- **Ortottista-Assistente in oftalmologia**
- **Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- **Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale**
- **Terapista occupazionale**

**Professioni Sanitarie  
riabilitative**

**Per quanto concerne la Professione Sanitaria di EDUCATORE PROFESSIONALE si informano gli interessati che verrà emanato un avviso pubblico specifico per tale figura, come statuito nella circolare del Ministero della Salute prot. n. 36869 del 6/8/2013, decisione ratificata dalla Conferenza di servizi nella seduta del 2 ottobre 2013.**

#### Articolo 1

##### 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 professionale (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 DPCM 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 apposito decreto, in corso di adozione, dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

#### Articolo 2

##### Titoli riconoscibili

1. Possono essere presi in considerazione esclusivamente i titoli rispondenti alle 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;
  - c) devono essere evidentemente afferenti all'area sanitaria e riconducibili esclusivamente alle Professioni Sanitarie, in applicazione del comma 2 dell'art. 4 della L. 42/99 e dei relativi profili emanati con Decreto Ministeriale;
  - d) devono aver consentito l'esercizio di attività sanitaria, in conformità all'ordinamento allora vigente;
  - e) i relativi corsi di formazione devono essere stati regolarmente autorizzati dalla Regione Toscana 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 3

#### Titoli non valutabili ai fini 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 4

#### Titoli già equipollenti\*

1. Non verranno presi in considerazione titoli già dichiarati equipollenti ai diplomi universitari dai decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99, che per le Professioni Sanitarie riabilitative, si riportano di seguito:
  - a) **Podologo** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 22 agosto 2000, n. 195): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di podologo, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - b) **Fisioterapista** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 16 agosto 2000, n. 190): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di fisioterapista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - c) **Logopedista** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 22 agosto 2000, n. 195) modificato ed integrato dal DM 9 ottobre 2002 (Gazz. Uff. 26 ottobre 2002, n. 252): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di logopedista, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - d) **Ortottista - assistente di oftalmologia** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 17 agosto 2000, n. 191): "Equipollenza di diplomi e attestati al diploma universitario di ortottista - assistente di oftalmologia ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - e) **Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 22 agosto, n. 195): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - f) **Tecnico della riabilitazione psichiatrica** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 16 agosto, n. 190): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base";
  - g) **Terapista occupazionale:** [DM 27 luglio 2000](#) (Gazz. Uff. 14 agosto 2000, n. 189): "Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di terapista occupazionale ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base".

---

\* 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.

## Articolo 5 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 DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A).
2. Qualora il titolo sia stato conseguito presso un **ente privato** (ancorchè 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 DPR 445/2000.

## Articolo 6 Elementi per la valutazione del titolo

1. Al fine di consentire la valutazione 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 DPR 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 (ancorchè 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<sup>1</sup>, l'interessato deve dimostrare che la stessa:
  - a) sia riferibile ad una attività coerente o comunque assimilabile a quella sanitaria prevista per la Professione rispetto alla quale si chiede l'equivalenza del titolo posseduto;
  - b) sia stata svolta per un periodo di **almeno un anno**, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni **anteriores al 10 febbraio 2011**, come previsto dall'art. 2, comma 4, del DPCM 26 luglio 2011.
    - 2.1. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico deve essere resa, ai sensi del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio come da Fac-simile Allegato C.
    - 2.2. L'attestazione relativa all'esperienza lavorativa subordinata prestata alle dipendenze di un datore di lavoro privato deve essere resa, ai sensi del DPR 445/2000 s.m.i., tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da Fac-simile Allegato C-1.

*Nel caso il richiedente abbia svolto esperienza lavorativa subordinata sia alle dipendenze di datori di lavoro pubblico che privato, dovrà compilare entrambi i moduli per le relative attività.*

Al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità lavorativa, e che si tratti di attività legittime, 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) idonei ad attestare l'attività lavorativa svolta, la durata, la tipologia e l'inquadramento contrattuale; la qualifica, le mansioni e/o le prestazioni svolte;
- b) dichiarazione dei redditi con riferimento ai quadri del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito"\*;
- c) copia di altri documenti ritenuti idonei a dimostrare quanto dichiarato.

<sup>1</sup> Non può essere considerata "attività lavorativa" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.

\* Quadri utili a ricostruire la "natura del reddito" nella dichiarazione dei redditi:

- per attività subordinata: **Modello 740, quadro C – CUD per identificazione del datore di lavoro.**
- per attività libero professionale (lavoratore autonomo singolo): **Modello UNICO, quadro RE.**
- per lavoratore autonomo socio di una società/studio/coop./altro ente: **Modello UNICO, quadro RH.**

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. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000.

2.3. L'attestazione relativa all'attività lavorativa autonoma/libero professionale deve essere resa, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 s.m.i, tramite una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, come da fac-simile Allegato D.

Al fine di comprovare la tipologia di attività svolta, l'anzianità e la continuità lavorativa, e che si tratti di attività legittime, il richiedente deve allegare appropriata documentazione comprovante quanto dichiarato, potendo utilizzando i seguenti documenti:

- a) codice attività;
- b) incarichi professionali sottoscritti;
- c) dichiarazione dei redditi, con riferimento ai quadri del modello della dichiarazione utili a comprovare la "natura del reddito"\* ;
- d) atto societario, dal quale si evinca il ruolo e l'attività svolta dal richiedente presso la società/studio/coop./altro ente di cui è socio;
- e) eventuali ulteriori documenti idonei a comprovare la natura e l'anzianità dell'attività lavorativa svolta.

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. 445/2000 (Allegato C-2);
- b) copia autenticata ai sensi dell'art. 18 del DPR 445/2000.

3. Qualora l'amministrazione ricevente ritenga necessario approfondire le informazioni contenute nella documentazione inviata, ne richiederà opportuna integrazione.

4. 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-simili allegati al presente avviso.

#### **Art. 7**

##### **Richiesta elementi integrativi - Dichiarazione di inammissibilità.**

1. Nel caso in cui, durante l'istruttoria delle domande, si dovesse riscontrare il difetto degli elementi previsti, ed in particolare, qualora dalle dichiarazioni sostitutive non dovessero rinvenirsi le informazioni richieste, la Regione provvederà a richiedere all'interessato l'integrazione di detti elementi.

Tale integrazione, ai sensi della L. 241/90 s.m.i., dovrà essere fornita nel termine perentorio di 30 giorni dalla ricezione della comunicazione stessa e, in mancanza di essa, non verrà dato ulteriore corso alla domanda che verrà dichiarata inammissibile. Di ciò verrà fornita apposita comunicazione.

2. Qualora si verifichi una delle seguenti ipotesi, non verrà dato ulteriore corso all'istanza, la quale verrà dichiarata inammissibile:

- 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;
- b) si tratti di un titolo escluso dalla procedura di valutazione secondo quanto previsto dall'articolo 3 del presente avviso;
- c) si tratti di titoli già resi equipollenti ai diplomi universitari dai Decreti del Ministero della Sanità emanati ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge 42/99, come indicato nell'art. 4, del presente avviso;

---

\*Quadri utili a ricostruire la "natura del reddito" nella dichiarazione dei redditi:

- per attività subordinata: **Modello 740, quadro C – CUD per identificazione del datore di lavoro.**
- per attività libero professionale (lavoratore autonomo singolo): **Modello UNICO, quadro RE.**
- per lavoratore autonomo socio di una società/studio/coop./altro ente: **Modello UNICO, quadro RH.**

- d) si tratti di titoli conseguiti all'esito di corsi che non sono stati autorizzati dalla Regione Toscana, o da altri Enti preposti allo scopo, o non si siano effettuati nell'ambito del territorio regionale.

Di ciò verrà fornita apposita comunicazione.

## Articolo 8

### 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.

La marca da bollo deve essere annullata apponendo la propria firma.

**Per accertare l'identità del firmatario, alla domanda allegare la copia in carta semplice o digitale di un valido documento d'identità riportante la firma.**

La domanda potrà essere trasmessa tramite modalità telematica (Ap@ci o PEC) o per raccomandata A.R.

- a) Invio per modalità telematica. Nel campo oggetto delle domande dovrà essere indicata la dicitura:

**“Domanda di riconoscimento equivalenza titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99. Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane – Regione Toscana Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale”.**

- Interfaccia web Ap@ci: consente ai cittadini della Regione Toscana di inviare comunicazioni e documenti telematici alla Pubblica Amministrazione Toscana. Attraverso la procedura sarà possibile inviare la domanda e i relativi allegati del presente avviso in formato digitale.

Per accedere ad Ap@ci è sufficiente collegarsi al sito:

<http://www.regione.toscana.it/apaci>

Selezionare come Ente Pubblico destinatario “Regione Toscana Giunta”.

Le istruzioni per la registrazione e l'utilizzo di Ap@ci vengono riportate alla fine del presente documento.

- Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it), utilizzabile esclusivamente per i possessori di casella di posta elettronica certificata.

La casella di Posta elettronica certificata (PEC) può essere liberamente attivata iscrivendosi ad uno qualsiasi dei molti *Internet Service Provider* autorizzati.

Vengono riportate come esempio le istruzioni per la registrazione e l'utilizzo di una PEC al termine del presente documento.

- b) Invio per raccomandata A.R. al seguente indirizzo:

Regione Toscana  
Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale  
Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane  
Via Taddeo Alderotti, 26/n - 50139 Firenze

Sulla busta dovrà essere indicata la dicitura:

**“Domanda di riconoscimento equivalenza titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99. Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane – Regione Toscana Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale”.**

Eventuali disguidi nel recapito all'ufficio competente determinati dalla mancata apposizione della predetta dicitura sulla busta della raccomandata, nonché nel campo oggetto della comunicazione telematica tramite Ap@ci o PEC, saranno imputati all'istante che, pertanto, non potrà sollevare eccezioni di sorta in merito.

2. La domanda di riconoscimento dell'equivalenza dovrà essere spedita entro il termine perentorio di 60 giorni a partire dal giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana (BURT) del presente avviso. Nel caso detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al giorno successivo non festivo.
3. In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite Ap@ci o PEC la data di spedizione della

domanda è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

4. La domanda deve essere prodotta esclusivamente alla Regione ove è stato formalmente autorizzato il corso e nel cui ambito territoriale ha trovato svolgimento il corso stesso.
5. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000:
  - 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, o indirizzo Ap@ci/PEC, presso cui ogni comunicazione relativa alla presente domanda verrà inviata.
6. 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.
7. Nella domanda il richiedente dovrà inoltre indicare il domicilio o recapito, oppure l'indirizzo Ap@ci o di Posta Elettronica Certificata, presso il quale deve essere inviata ogni necessaria comunicazione. L'Amministrazione non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del richiedente, o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
8. 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 stessa una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità.
9. Le **domande spedite oltre i termini** stabiliti al precedente comma 2, non saranno considerate valide ai fini del presente avviso, e la documentazione prodotta potrà essere restituita previa richiesta avanzata per iscritto. L'interessato potrà presentare, nei termini e con le modalità previste dagli Avvisi pubblici che verranno emanati in seguito, una nuova domanda.

Copia del presente bando verrà pubblicata sul sito web della Regione Toscana alla seguente pagina internet:

[www.regione.toscana.it/sst/procedure/opportunita-e-scadenze](http://www.regione.toscana.it/sst/procedure/opportunita-e-scadenze)

oppure su:

[www.regione.toscana.it/urp](http://www.regione.toscana.it/urp) - sotto "AVVISI E BANDI"

Nelle pagine web sopra segnalate potranno essere inserite ulteriori informazioni utili alla presentazione/compilazione/invio dell'istanza.

#### **Articolo 9**

##### **Sanzioni per dichiarazioni mendaci**

1. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese dall'interessato, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### **Articolo 10**

##### **Privacy**

1. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Toscana per le finalità di gestione della domanda. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura per l'equivalenza.

**Articolo 11**  
**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 DPCM del 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011).

**INFORMATIVE:**

- Una volta conclusa la fase istruttoria delle istanze, gli Uffici regionali competenti provvederanno, entro 100 giorni dal ricevimento delle domande, a trasmettere gli atti al Ministero della Salute (tale termine potrà essere sospeso per 30 giorni per effetto di quanto previsto all'art. 7 del presente avviso).
- Entro i successivi 80 giorni, il procedimento verrà concluso con un provvedimento emanato dal Ministero della Salute.
- 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. 241/1990 e successive modifiche,
  - il responsabile dell'istruttoria è il Dirigente Responsabile del Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane, Regione Toscana Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale;
  - il responsabile del procedimento 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 dal D.P.R. del 12 aprile 2006, n. 184.

## ISTRUZIONI INVIO DOMANDA TRAMITE MODALITÀ TELEMATICA

### ATTIVAZIONE-UTILIZZO Ap@ci o PEC

#### Interfaccia web Ap@ci

Per attivare Ap@ci è possibile fare tutto on-line, senza la necessità di recarsi presso un ufficio postale per l'autenticazione come nel caso dell'attivazione di alcuni tipi di PEC.

Per accedere ad Ap@ci è sufficiente collegarsi al sito:

<http://www.regione.toscana.it/apaci>

Seguire quindi le istruzioni contenute nella voce: “COME ISCRIVERSI – Cittadino”.

Quindi registrarsi collegandosi alla voce: “**Registrazione**” sotto l'area PRIVATO CITTADINO.

Una volta registrati sarà possibile accedere ad Ap@ci cliccando su:

- “**Login**”,  
oppure, se muniti di tessera sanitaria elettronica (carta CNS), su:
- “**Login con tessera sanitaria**”

In caso di accesso tramite “Login”, verranno chieste le proprie *username* e *password*.

In caso di accesso con tessera sanitaria è necessario compiere precedentemente i seguenti step:

- 1) la tessera sanitaria elettronica deve essere già stata attivata;
- 2) l'accesso è garantito utilizzando Internet Explorer;
- 3) l'accesso è immediato purché, prima di collegarsi all'indirizzo internet per accedere ad Ap@ci, il lettore della tessera sia già stato collegato al PC e la tessera medesima sia già stata inserita nel lettore.

Così facendo il sistema chiederà di inserire il PIN della tessera sanitaria e immetterà l'utente direttamente nella cartella di PRIVATO CITTADINO.

Scegliere quindi la voce NUOVA COMUNICAZIONE per inviare la domanda con relativi allegati e documenti, osservando le seguenti istruzioni:

**Scelta dei destinatari:** REGIONI: scegli “Regione Toscana Giunta” – Questo indirizzo risulterà sotto “Destinatari selezionati”

**Oggetto:** Domanda di riconoscimento equivalenza titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99. Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane – Regione Toscana Giunta Regionale Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

**Documento:** Allegare solo la Domanda, datata e sottoscritta;

**Allegati:** Allegare: 1) la copia di un valido documento d'identità personale;  
2) un elenco, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate;  
3) gli Allegati A, B, C, C1, C2, D, dell'avviso;  
4) i documenti supportanti il diploma conseguito;  
5) i documenti supportanti l'attività lavorativa ;  
6) altri documenti supportanti quanto altro richiesto dall'avviso.

**È possibile allegare più di un file.** Si prega pertanto di produrre un file per ciascun ambito, ovvero uno per il/i diplomi, uno per l'attività lavorativa, ecc.

Tutti i documenti allegati ad un messaggio Ap@ci dovranno essere inviati in formato PDF. E' possibile trasformare i documenti cartacei in PDF tramite l'uso di scanner.

La dimensione complessiva degli allegati ad Ap@ci **non può superare i 30 Mb complessivi**. In caso il materiale da allegare superi questa dimensione, il sistema farà comparire la seguente dicitura:



① Documento non conforme: si possono allegare solo documenti di tipo pdf, doc, docx, odt, sxw, txt, ods, xls, csv, odp, ppt, odg o p7m di dimensione non superiore a 30 Mb.

In questo caso si consiglia di produrre più file PDF di dimensioni più piccole e inviare più di una mail Ap@ci.

### **Posta elettronica certificata (PEC)**

La PEC è utilizzabile esclusivamente per i possessori di casella di posta elettronica certificata.

I cittadini che non sono in possesso della casella di posta elettronica certificata, possono attivarla iscrivendosi ad uno qualsiasi dei molti *Internet Service Provider* autorizzati.

A puro scopo esemplificativo, forniremo le istruzioni per l'attivazione della PEC collegandosi al sito della posta certificata del Governo:

<https://www.postacertificata.gov.it>

L'utente potrà registrarsi cliccando sulla finestra al centro della pagina: "Attiva la tua casella". Deve quindi completare la Scheda di attivazione.

A questo punto l'utente dovrà recarsi presso gli uffici postali abilitati all'identificazione a partire dalle 24 ore successive alla registrazione ed entro i 3 mesi dal giorno di effettuazione della registrazione on-line, portando stampa della pagina che conferma l'avvenuta registrazione e i dati inseriti, oltre al documento di riconoscimento indicato nella procedura di registrazione.

La PEC verrà attivata nelle 48 ore successive all'abilitazione presso l'ufficio postale.

Per partecipare al presente avviso, ovvero inviare la domanda con relativi allegati e documenti tramite PEC, si suggerisce di seguire le seguenti istruzioni:

**Destinatario:** [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

**Intestazione/Oggetto:** Domanda di riconoscimento equivalenza titoli universitari dell'area sanitaria – L. 42/99. Settore Ricerca Innovazione Risorse Umane – Regione Toscana Giunta Regionale  
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale

**Firma personale:** inserisci la firma elettronica digitale registrata selezionando la casella .

**Contenuto del messaggio:** Invio domanda di riconoscimento dell'equivalenza del titolo di \_\_\_\_\_(inserisci titolo) del pregresso ordinamento, ai titoli universitari dell'area sanitaria, per la professione sanitaria di \_\_\_\_\_(inserisci nome professione sanitaria riabilitativa per la quale si vuole ottenere il riconoscimento del titolo).

**Allega file:** allegare: 1) la domanda, datata e sottoscritta;

2) la copia di un valido documento d'identità personale;

3) un elenco, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate;

4) gli Allegati A, B, C, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, D, dell'avviso;

5) i documenti supportanti il diploma conseguito;

6) i documenti supportanti l'attività lavorativa ;

7) altri documenti supportanti quanto altro richiesto dall'avviso.

Tutti i documenti allegati alla PEC dovranno essere inviati in formato PDF.

E' possibile trasformare i documenti cartacei in PDF tramite l'uso di scanner.

La dimensione complessiva della domanda e degli allegati alla PEC **non possono superare i 40 Mb**. In caso il materiale da allegare superi questa dimensione, si consiglia di produrre più file PDF di dimensioni più piccole e inviare più di una PEC consecutivamente.



Ministero della  
Salute

**D O M A N D A**  
per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari dell'area sanitaria, di cui all'art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i..

DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)

**REGIONE  
TOSCANA**



Spett.le Regione

MARCA DA BOLLO € 16,00

Posta Elettronica Certificata

Raccomandata A.R.  
(barrare la casella)

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 una unica scelta barrando la casella corrispondente):

- Podologo** (DM 14.09.1994, n. 666)
- Fisioterapista** (D.M. 14.09.1994, n. 741)
- Logopedista** (D.M. 14.09.1994, n. 742 s.m.i.)
- Ortottista – Assistente di Oftalmologia** (D.M. 14.09.1994, n. 743)
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva** (D.M. 17.01.1997, n. 56)
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica** (D.M. 29.03.2001, n.182)
- Terapista Occupazionale** (D.M. 17.01.1997, n. 136)

**PROFESSIONI  
SANITARIE  
RIABILITATIVE**

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 | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)

al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995.

DICHIARA inoltre:

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.

- 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 \_\_\_\_\_

**ALLEGA** alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, A1, 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 regionale o provinciale 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)

**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 digitale Ap@ci o di Posta Elettronica Certificata (PEC):

\_\_\_\_\_  
(scrivere in modo chiaro e leggibile)

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)

**Informativa ex art. 13 decreto legislativo 196/2003.**

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)



### ALLEGATO A

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

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  
TOSCANA



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, 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

Il/la sottoscritto/a **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  
TOSCANA



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome)

nato/a 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:

<p><b>1° anno</b> – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>2° anno</b> – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>3° anno</b> - ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	<p><b>4° anno</b> – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>
<p><b>5° anno</b> – ore totali: _____ di cui:</p> <p>- ore di formazione teorica: _____</p> <p>- ore di formazione pratica: _____</p>	

\_\_\_\_\_ **Data**

\_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**

La firma non va autenticata

Qualora il titolo sia stato conseguito presso un ente formativo privato, il/la sottoscritto/a **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



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  
TOSCANA



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 subordinata:

*(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività SANITARIA coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione 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" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.**

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

\* 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.

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

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)

**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)

---

\* 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.

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



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)*

**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 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

\* 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.

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



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  
TOSCANA



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 subordinata:

*(l'esperienza lavorativa, per essere oggetto di valutazione, deve essere riferibile ad una attività SANITARIA coerente o comunque assimilabile a quella prevista per la Professione 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" l'occupazione derivante dalla fruizione di una borsa di studio.**

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 \_\_\_\_\_ Mansioni \_\_\_\_\_

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\*\***:  Tempo pieno, durata: \_\_\_\_\_  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %, durata: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi) (anni - mesi)

**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.).

\*\* 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.

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\*:**  Tempo pieno, durata: \_\_\_\_\_  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %, durata: \_\_\_\_\_  
(anni - mesi) (anni - mesi)

**Durata\* complessiva** (anni - mesi) \_\_\_\_\_

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\* (anni - mesi):**  Tempo pieno, durata: \_\_\_\_\_  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %, durata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Durata\* complessiva** (anni - mesi) \_\_\_\_\_

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** (anni - mesi)\*:  Tempo pieno, durata: \_\_\_\_\_  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %, durata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **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



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  
TOSCANA



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







**Tipologia attività lavorativa:**

Libero professionale

Impresa individuale

Socio di società/ Cooperativa

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

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

Denominazione impresa/società \_\_\_\_\_

Stato:  in attività  cessata  altro (*spec.*) \_\_\_\_\_

Codice attività | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Domicilio fiscale (*indirizzo*) \_\_\_\_\_

Attività svolta \_\_\_\_\_

Ruolo assunto nell'ambito di una Società \_\_\_\_\_

Inizio attività \_\_\_\_\_ Termine attività \_\_\_\_\_  
(*gg/mm/aaaa*) (*gg/mm/aaaa*)

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

=====

**Durata\* complessiva esperienza lavorativa:** \_\_\_\_\_  
(*anni – mesi*)

Il/la sottoscritto/a allega alla presente copie dei seguenti documenti e **dichiara**, ai sensi dell'art. 19 del DPR 445/2000 s.m.i. che la copia della documentazione allegata 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