

conseguito/i il ___

DOMANDA

per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario di EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.

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



Spett.le Regione Sardegna PEC: san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA		
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA		

MARCA DA BOLLO € 16,00

Posta Elettronica Certificata	N.B.: Annullare la marca da bollo apponendo la propri firma su di essa.
La /Il Sottoscritta/o,	nrma su di essa.
(Nome e Cog	nome)
nata/o a	il
(Luogo di na	cita)
Codice Fiscale	
chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell' abilitante alla Professione Sanitaria di:	equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario
EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITAR	
(Decreto Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 - L. 205	(2017) Riabilitative
(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 formati	vo che ha rilasciato il titolo)
DICHIARA inoltre:	
\Box di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile al non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 fe	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
\square di \underline{NON} aver prestato attività lavorativa coerente ed assimila anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti a	
- di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività	·
presso:	
- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, ulteriori rispe	to al titolo di cui chiede l'equivalenza:
\square Diploma Scuola Media \square Diploma di Qualifica Profession	ale Attestato di Qualifica Professionale
☐ Diploma Scuola Superiore ☐ Dipl. Scuola Diretta a Fini Sp	eciali 🗆 Diploma Universitario 🗆 Laurea
☐ Altro (spec.)	

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)	
CHIEDE infine che ogni comunicazi (scrivere in modo chiaro e leggibile	ione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:	
Nome e Cognome	N n	
Cap Comune	Provincia	
n. telefonico	cell	
oppure, al seguente indirizzo di P	osta Elettronica Certificata (PEC):	
(scrivere in modo chiaro e leggibile)		
Data	Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)	
che vengono conferiti con la parteci Il Titolare del trattamento è il Presi generale della Sanità dell'Assessora Il Delegato al trattamento dei dati, a e controllo di gestione dell'Assessor Il Responsabile della Protezione de casella mail, a cui potersi rivolgere p	del Regolamento si forniscono le seguenti informazioni relativi al trattamento dei da pazione al presente avviso. dente della Giunta regionale, contitolare del trattamento è il Direttore Generale della o dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. i sensi della DGR, è il Direttore del Servizio programmazione sanitaria ed economico ato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. i dati / Data Protection Officer ha sede in Cagliari – Viale Trieste 186 (tel. 070/60 per le questioni relative ai trattamenti di dati è: rpd@regione.sardegna.it.	la Direzione o finanziaria 065735). La onoscimento
	di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggre ni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche direttamente inte l'equivalenza.	
	i dell'articolo 5, par.1, lett. e) del Regolamento 2016/679/UE, è determinato dal tem inistrazione ministeriale, regionale, provinciale e da leggi e regolamenti in materia.	ıpo stabilito
la rettifica, l'integrazione o, ricorr trattamento. Inoltre, ha diritto di ₁	revisti dal Regolamento 2016/679/UE e, in particolare, potrà chiedere l'accesso ai dat endone gli estremi, la cancellazione o la limitazione del trattamento, ovvero opporoporre reclamo, ai sensi dell'articolo 77 del Regolamento 2016/679/UE, al Gar sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, ovvero ad altra autorità europea de la contra del	oorsi al loro rante per la
L'interessato ha l'obbligo di fornire al pregresso ordinamento alle odiern	i dati personali per dar corso alla procedura di riconoscimento dell'equivalenza dei tit e lauree.	toli afferenti
Data	Firma per presa visione(per esteso e leggibile)	