|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ministero della Salute | D O M A N D A  per ottenere il riconoscimento dell’equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie  dell’Area della Prevenzione e dell’Area Infermieristica  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 |
| **Spett.le Regione Siciliana**  **Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico**  **Servizio 2 "Formazione"**  **Via Mario Vaccaro, 5 - 90145 Palermo**  **PEC : dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it** | | **MARCA DA BOLLO € 16,00** |

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)***

|  |  |
| --- | --- |
|  **TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO**  *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 58)*   **ASSISTENTE SANITARIO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 69)* | **Professioni Sanitarie della Prevenzione** |

|  |  |
| --- | --- |
|  **INFERMIERE -** *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n.739)*   **INFERMIERE PEDIATRICO -** *(Decreto Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70)*   **OSTETRICA/O** - *(Decreto Ministero della Sanità 14 settembre 1994, n. 740)* | **Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica** |

**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** 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, 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 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)*

***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.

1. **Soggetti che intervengono nel trattamento dati**

Sono titolati 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](mailto:formazione.sanita@regione.sicilia.it); dirigentegen.dasoe@regione.sicilia.it,

pec: [dipartimento. attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it](mailto: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](mailto: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.Acon 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.

1. **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](mailto:dpo@regione.sicilia.it) e pec dpo@certmail.regione.sicilia.it.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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.

1. **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 tratta- mento 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.

1. **Ulteriori informazioni**

Data aggiornamento, 01/08/2022

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

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma per presa visione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*per esteso e leggibile)*