



ALLEGATO B

**FAC – SIMILE DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITA' SANITARIA PRESTATA
ALL'ESTERO AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE AI CONCORSI PUBBLICI NONCHE'
COME TITOLO VALUTABILE NEI MEDESIMI.**

Alla Regione Marche – Servizio
Personale Comparto Sanità
Via Gentile da Fabriano, 3
60100 Ancona

Il /la sottoscritto/a.....

Chiede la dichiarazione di equipollenza del servizio sanitario prestato all'estero, quale riconoscimento ai fini dell'ammissione ai concorsi pubblici nonché come titolo valutabile nei medesimi.

Ai sensi e per gli effetti previsti dall'art.46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445 dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi:

- a) di essere nato/a a.....il.....
e di risiedere attualmente nella Regione Marche in via.....
.....n.....provincia di.....;
oppure:
- b) di risiedere nello Stato di nella regione di.....
in via.....n.....
provincia di.....;
- c) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di una dei Paesi dell'Unione Europea;
- d) di essere in possesso del diploma di laurea in.....
Conseguito in data.....presso l'Università.....
di.....;
- e) di essere in possesso del diploma di abilitazione conseguito in data.....
presso
l'Università.....di.....;
- f) di essere in possesso del diploma di specializzazione conseguito in data.....
presso l'Universitàdi
- g) di essere iscritto all'Ordine dei.....
della provincia di.....dal.....;

mu

em



h) di essere in possesso di decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato all'estero.

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art.47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, con valore di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà i seguenti stati, fatti e qualità personali:

- i) il servizio prestato nello Stato..... nella regione..... è iniziato il (gg.mm.aa.)..... e cessato il (gg.mm.aa.).....;
- j) durante il periodo di lavoro all'estero non risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani; oppure: risultava in servizio alle dipendenze dello Stato italiano o di altri enti pubblici e privati italiani (indicare l'ente, la natura e la durata dell'aspettativa o congedo concessi, nonché la qualifica funzionale rivestita e la disciplina praticata);
- k) il servizio all'estero è stato svolto/non è stato svolto in qualità di borsista;
- l) durante il servizio all'estero e comunque successivamente all'anno accademico 1991/1992 è/era iscritto/ a scuole di specializzazione in Italia o in uno dei Paesi dell'U.E. oppure:
 - m) durante il servizio all'estero e comunque successivamente all'anno accademico 1991/1992 non è/era iscritto/ alla scuola di specializzazione (in Italia o in uno dei Paesi dell'U.E., ai sensi del D.lgs. n.257 dell'8 agosto 1991) di..... in.....
 - n) di avere/non avere prestato il servizio nell'ambito di un progetto di cooperazione con i paesi in via di sviluppo, ai sensi della legge 26 febbraio 1987, n.49;
 - o) di non aver utilizzato e di non utilizzare il servizio prestato all'estero per il riconoscimento di una eventuale conseguente specializzazione;
 - p) che l'allegata copia del decreto ministeriale/regionale di cui al precedente punto h) è conforme all'originale ai sensi dell'art.19 del DPR n.445/2000;
 - q) che l'allegata copia del contratto di cooperazione di cui al precedente punto n) è conforme all'originale ai sensi dell'art.19 del DPR n.445/2000;

N.B.: i punti l), m) ed o), riguardano solo i medici.

Allega alla presente:

- 1) marca da bollo da L.20.000 per il rilascio del decreto di riconoscimento;
- 2) fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;

mu

ell



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
2596

- 3) copia dichiarata conforme all'originale del decreto ministeriale/regionale di riconoscimento di precedente servizio prestato all'estero;
- 4) copia dichiarata conforme all'originale del contratto di cooperazione di cui alla legge n.49/1987;
- 5) i seguenti certificati ed attestazioni (devono essere obbligatoriamente allegati i certificati di cui ai punti n.4 e 5 della guida alla presentazione della documentazione necessaria per il riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero):
.....
.....
.....
.....

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente istanza sia effettuata al seguente indirizzo:

Nome e Cognome.....

Via.....n.....Comune.....CAP.....

Provincia.....Telefono.....E-mail.....

Data.....

Firma.....

fr
CM/d.ser.san.estero

M

R