



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria conseguito in un Paese extracomunitario da cittadini sia comunitari che non comunitari (Domanda valida anche per i titoli già riconosciuti da un altro Paese dell'UE)

La / Il Sottoscritto/a, _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Sesso M F

In possesso del Titolo _____
TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il RICONOSCIMENTO del proprio Titolo professionale, ai fini dell'esercizio della Professione Sanitaria di:

- Medico Chirurgo Medico Veterinario Farmacista Odontoiatra Infermiere
 Ostetrica/o _____
ALTRA PROFESSIONE - OTHER PROFESSION - AUTRE PROFESSION - ANDERE BERUF - OTRAS

A tal fine allega i documenti di cui all'Allegato D.

La / il sottoscritto/a, 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. 46 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, sanzioni amministrative e disciplinari sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere:

Nata/o a _____
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMIENTO

_____ il _____
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

E di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

La / il sottoscritto/a chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito :

_____ n. _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza _____
INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

_____ PROV. _____
CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

_____ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO
CAP - POST CODE

_____ N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMBER - N.TEL. N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX

_____ In fede _____
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA

L'Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi della legge n. 675/96 .

E-mail: _____