



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria, DIVERSA DA: medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra,
conseguito in un Paese non comunitario da cittadini sia comunitari che non comunitari.
(Domanda valida anche per i cittadini non comunitari i cui titoli siano stati CONSEGUITI O RICONOSCIUTI da un altro Paese dell'UE)

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

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

In possesso del Titolo di
(da indicare in lingua originale) 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:

<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Ostetrica	<input type="text"/>
ALTRA PROFESSIONE - OTHER PROFESSION - AUTRE PROFESSION - ANDERE BERUF - OTRAS PROFESION e a tal fine allega i documenti di cui all'Allegato D2		

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 e 76 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

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

▪ di volersi iscrivere al Collegio di
(da indicare solo per titoli conseguiti in paesi dell'UE): SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

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

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

Via/piazza n.
INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

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

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

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

@
NUMERO CELLULARE E-MAIL

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

L'Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi del D. Lgs. 196/2003 .