



Domanda per il riconoscimento di un titolo professionale dell'area sanitaria 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 **riconosciuti** da un altro Paese dell'UE)

APPORRE
MARCA DA BOLLO

La / Il Sottoscritto/a,

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Sesso M F

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 OBTENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il riconoscimento del proprio Titolo, ai fini dell'esercizio in Italia della professione sanitaria di:

EDUCATORE PROFESSIONALE
 e, a tal fine, allega i documenti di cui all'*Allegato D2-12*

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 degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia sia nel Paese di origine e/o di provenienza;

- di essere nata/o a

LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO

STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

- 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:

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

n.

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 NUMBER - N. FAX

N. CELLULARE

E-MAIL



DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

In fede

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA