

**GUIDA PER IL
RICONOSCIMENTO DEI TITOLI
PROFESSIONALI ESTERI
COMUNITARI
E
EXTRACOMUNITARI
PER
LE PROFESSIONI SANITARIE**

QUALI SONO I TITOLI AMMESSI AL RICONOSCIMENTO

I titoli ammessi a riconoscimento sono quelli conseguiti nelle seguenti professioni sanitarie e arti ausiliarie:

1. Farmacista
2. Medico chirurgo / Medico Specialista/ Medico di medicina generale
3. Odontoiatra
4. Veterinario
5. Assistente sanitario
6. Dietista
7. Educatore professionale
8. Fisioterapista
9. Igienista dentale
10. Infermiere
11. Infermiere pediatrico
12. Logopedista
13. Massaggiatore capo bagnino
14. Odontotecnico
15. Operatore socio sanitario (*)
16. Ortottista- Assistente di oftalmologia
17. Ostetrica/o
18. Ottico
19. Podologo
20. Puericultrice
21. Tecnico audiometrista
22. Tecnico audioprotesista
23. Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione vascolare
24. Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
25. Tecnico della riabilitazione psichiatrica
26. Tecnico di neurofisiopatologia
27. Tecnico ortopedico
28. Tecnico sanitario di laboratorio biomedico
29. Tecnico sanitario di radiologia medica
30. Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
31. Terapista occupazionale

() Nota. Per esercitare la professione di Operatore socio sanitario gli interessati, sia comunitari che non comunitari, devono rivolgersi alla Regione o Provincia autonoma nella quale risiedono o dove intendono esercitare la professione, come previsto dall'art. 13 dell'accordo Stato Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2001.*

AVVERTENZE

Efficacia dei decreti di riconoscimento di titoli conseguiti in Paesi non comunitari

- I decreti di riconoscimento perdono efficacia dopo due anni dalla data di rilascio, se l'interessato non si è iscritto al relativo Albo professionale. (art.44, D.P.R. 18 ottobre 2004, n. 334).
- Nel caso di professioni non costituite in ordini o collegi, i decreti perdono efficacia se per due anni l'interessato non ne ha fatto uso a fini lavorativi.
- I decreti di riconoscimento rilasciati prima del 25 febbraio 2005 (data di entrata in vigore del DPR 334/2004), in caso di mancata iscrizione agli Albi o di mancato utilizzo a fini lavorativi, perdono efficacia trascorsi due anni da tale data.

PROFESSIONI SANITARIE

Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dallo Stato italiano sono le seguenti:

Professione	Principali rif. normativi
Farmacista	D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191)
Medico chirurgo	D. Lgs. 17.08.1999, n. 368 (G.U. 23.10.1999, n. 250, S.O.)
Odontoiatra	L. 24.07.1985, n. 409 (G.U.13.08.195, n. 190, S.O.)
Veterinario	L. 08.11.1984, n. 750 (G.U. 10.11.1984, n. 310)
Altri riferimenti normativi:	
<ul style="list-style-type: none"> • T.U. delle leggi sanitarie del 1934; • D.M. 28.11.2000, Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche, pubblicato nella G. U. 23.01.2001 n.18, S.O. • Direttiva comunitaria 2001/19/CE del 14.05.2001 	

Professione	Rif. normativo Profilo
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA	
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE
Ostetrica /o	L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356) D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
Terapista Occupazionale	D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
Educazione Professionale	D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)

PROFESSIONI TECNICO SANITARIE**Area Tecnico - diagnostica**

Tecnico Audiometrista

D.M. 14.09.1994, n. 667
(G.U. 03.12.1994, n. 283)

Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico

D.M. 14.09.1994, n. 745
(G.U. 09.01.1995, n. 6)

Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

D.M. 14.09.1994, n. 746
(G.U. 09.01.1995, n. 6)

Tecnico di Neurofisiopatologia

D.M. 15.03.1995, n. 183
(G.U. 20.05.1995, n. 116)**Area Tecnico - assistenziale**

Tecnico Ortopedico

D.M. 14.09.1994, n. 665
(G.U. 03.12.1994, n. 283)

Tecnico Audioprotesista

D.M. 14.09.1994, n. 668
(G.U. 03.12.1994, n. 283)Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione
CardiovascolareD.M. 27.07.1998, n. 316
(G.U. 01.09.1998, n. 203)

Igienista Dentale

D.M. 15.03.1999, n. 137
(G.U. 18.05.1999, n. 114)

Dietista

D.M. 14.09.1994, n. 744
(G.U. 09.01.1995, n. 6)**PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE**

Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro

D.M. 17.01.1997, n. 58
(G.U. 14.03.1997, n. 61)

Assistente Sanitario

D.M. 17.01.1997, n. 69
(G.U. 27.03.1997, n. 72)

Altri riferimenti normativi:

- D. Lgs. 02.05.1994, n. 319;
- D. Lgs. 27.01.1992, n. 115;
- Art. 6, comma 3, D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- L. 10.08.2000, n. 251;
- L. 26.02.1999, n. 42;
- L. 08.01.2002, n.1;
- D.M. 29.03.2001, Definizione delle figure professionali, ecc., pubblicato nella G. U. 23.05.2001, n. 118;
- D.M. 02.04.2001 , Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato sul S. O. n.136, G.U. 05.06.2001, n.128.
- Direttive comunitarie 89/48 CEE, 92/51/CEE e 2001/19/CE

ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE**Professione****Riferimenti normativi Profilo**

Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici

R.D.31.05.1928, n. 1339, art. 1.

Ottico

R.D.31.05.1928, n. 1339, art. 12.

Odontotecnico

R.D.31.05.1928, n. 1339, art. 11.

Puericultrice

L. 19 luglio 1940, n. 1098

Altri riferimenti normativi:

- D.M 28.10.1992, pubblicato nella G.U. 11.11.1992, n. 266;
- D.M 23.04.1992, pubblicato nella G.U. 18.06.1992, n. 142.

Modulistica

RICONOSCIMENTO TITOLI

a. CONSEGUITI ALL'ESTERO

In un Paese UE da cittadini comunitari

Diritto di stabilimento

- **ALLEGATO A1 + MODELLO A1** (Medico chirurgo, Medico Specialista, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra)
- **ALLEGATO A2 + MODELLO A2** (Medico di medicina generale)
- **ALLEGATO A3 + MODELLO A3** (Infermiere, Ostetrica)
- **ALLEGATO B + MODELLO B**
(Titoli diversi da: medico chirurgo, medico di medicina generale, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, infermiere, ostetrica)

Libera prestazione di servizi

- **ALLEGATO C1 + MODELLO C1** (Medici chirurgo, Specialista, Veterinario, Odontoiatra)
- **ALLEGATO C2 + MODELLO C2** (Infermiere, Ostetrica)

In un Paese UE da cittadini NON comunitari

- **ALLEGATO D1 + MODELLO D1** (Medici chirurgo, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO D2 + MODELLO D2** (Titoli diversi da: medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO E + MODELLO E** (Titoli complementari, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)

In un Paese NON comunitario (da cittadini comunitari e non comunitari)

- **ALLEGATO D1 + MODELLO D1** (Medici chirurgo, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO D2 + MODELLO D2** (Titoli diversi da: medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO E + MODELLO E** (Titoli complementari, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO F + MODELLO F** (Ottico, Odontotecnico o altra arte ausiliaria - solo cittadini comunitari)
- **ALLEGATO H + MODELLO H** (Infermiere o tecnico sanitario di radiologia medica, anche se già riconosciuto in un altro paese dell'UE)
- **ALLEGATO I + MODELLO I** (Titolo di Medico chirurgo, Specialista, Veterinario, Odontoiatra, Farmacista, già riconosciuto in un Paese dell'U.E. (solo cittadini comunitari)

b. CONSEGUITI IN ITALIA

"Attestati di conformità"

- **ALLEGATO G1 + MODELLO G1** (per Medico chirurgo, Medico Specialista, Medico di Medicina generale, Veterinario, Odontoiatra, Farmacista)
- **ALLEGATO G2 + MODELLO G2** (per titoli diversi da: Medico chirurgo, Medico Specialista, Medico di Medicina generale, Veterinario, Odontoiatra, Farmacista)

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

per il riconoscimento del titolo di Medico chirurgo, Medico specialista, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra, conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari.

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguirne l'istruttoria. In tal caso, il delegato dovrà produrre apposita delega, allegando copia del documento di identità del delegato e del delegante.
3. Copia autenticata del titolo di studio di cui si chiede il riconoscimento.
4. Copia autenticata dell'eventuale abilitazione all'esercizio professionale conseguito in uno Stato membro, solo se prevista nello stesso.
5. Attestato di conformità alla vigente normativa comunitaria settoriale della denominazione del titolo e dei requisiti minimi di formazione, rilasciato dalla competente Autorità del Paese in cui il titolo è stato conseguito (il documento deve essere presentato in originale).
6. Good standing rilasciato dalla competente Autorità del Paese di provenienza attestante il possesso dei titoli e l'esclusione di limiti per l'esercizio professionale nel territorio di provenienza (il documento deve essere presentato in originale e prodotto con data non anteriore a dodici mesi rispetto a quella di presentazione della domanda).
7. I soli farmacisti devono presentare Certificato sulle condizioni di salute, conforme alle norme stabilite dallo Stato membro di origine e di provenienza per l'esercizio della professione.
8. Una fotocopia di tutti i documenti presentati. La documentazione presentata non sarà ritenuta completa in mancanza di tali fotocopie, dovendo la procedura concludersi con l'invio di detti documenti all'Ordine dei Medici presso il quale si chiede l'iscrizione. Non sono ammesse fotocopie a colori.
9. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.

Note ed avvertenze generali:

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una traduzione in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

Laddove è richiesta una copia autenticata, i soli cittadini comunitari possono produrre, ai sensi del D.P.R. 445/2000, i documenti in copia semplice, unendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà compilata secondo le modalità indicate nella stessa.

L'Amministrazione provvederà ai sensi di legge al controllo a campione sulla veridicità delle autocertificazioni. I cittadini non comunitari, invece, possono ottenere l'autenticazione dei documenti in copia o presso l'Ambasciata italiana nel Paese di provenienza o in Italia presso gli uffici di qualunque Comune italiano.
Non sono ammesse fotocopie a colori.

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, non prima di tre mesi dalla data di presentazione della domanda.

TITOLI CONSEGUITI IN PAESI UE

La procedura di riconoscimento in Italia di un titolo straniero, acquisito in un Paese dell'Unione Europea, è differenziata a seconda se il titolo appartiene a:

- cittadini dell'Unione Europea
- cittadini non comunitari

Cittadini dell'Unione Europea

A. DIRITTO DI STABILIMENTO

I cittadini comunitari che possiedono un titolo professionale conseguito in un Paese comunitario ed intendono svolgere stabilmente la professione sanitaria in Italia, possono presentare domanda per il riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio del diritto di stabilimento. La procedura è diversificata a seconda delle professioni:

Per le professioni di medico chirurgo, medico specialista, medico di medicina generale, veterinario, farmacista, odontoiatra, infermiere e ostetrica, la normativa comunitaria ha fissato regole di armonizzazione tra i Paesi dell'U.E., per effetto delle quali la procedura di riconoscimento consiste in una verifica di regolarità della documentazione presentata. In particolare:

- medici chirurghi, medici specialisti, veterinari, farmacisti ed odontoiatri dovranno compilare il **MODELLO A1** e presentare i documenti dell'**ALLEGATO A1**
- medici di medicina generale dovranno compilare il **MODELLO A2** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO A2**
- infermieri ed ostetriche dovranno compilare il **MODELLO A3** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO A3**
- Per tutte le altre professioni, gli interessati dovranno compilare il **MODELLO B** e presentare i documenti dell'**ALLEGATO B**

B. DIRITTO ALLA LIBERA PRESTAZIONE DI SERVIZI

Le direttive di settore relative alle professioni di medico chirurgo, medico specialista, veterinario, odontoiatra, infermiere o ostetrica prevedono anche la possibilità, per i soli cittadini dell'Unione europea, di erogare prestazioni professionali occasionali (non consistenti, quindi, in "attività professionale presso una struttura sanitaria, sulla base di un rapporto di collaborazione continuativa") senza stabilirsi definitivamente in Italia e senza iscriversi all'albo professionale italiano, ma rimanendo comunque soggetti agli stessi obblighi e sanzioni disciplinari previsti per i sanitari italiani.

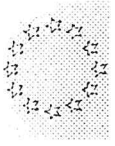
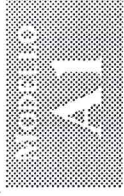
Per esercitare tale diritto, il professionista interessato deve comunicare di volta in volta, preventivamente, al Ministero della Salute, i seguenti dati relativi allo svolgimento della prestazione : la data, la struttura e la motivazione.

- C. 1. medici chirurghi, medici specialisti, veterinari ed odontoiatri dovranno compilare il **MODELLO C1** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO C1**
- 2. infermieri ed ostetriche dovranno compilare il **MODELLO C2** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO C2**.

Cittadini non comunitari

I cittadini non comunitari, in possesso di titoli stranieri conseguiti in un Paese comunitario, per ottenere l'autorizzazione all'esercizio professionale in Italia, devono presentare domanda per il riconoscimento del titolo anche se già riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea. In tal caso, il Ministero della salute prende in considerazione le eventuali integrazioni di formazione e di attività professionale acquisite dall'interessato nel Paese comunitario. Per ottenere il riconoscimento:

- medici chirurghi, veterinari, farmacisti e odontoiatri devono utilizzare il **MODELLO D1** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO D1**
- tutte le altre professioni sanitarie devono utilizzare il **MODELLO D2** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO D2**
- coloro che posseggono un titolo professionale complementare di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria devono utilizzare il **MODELLO E** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO E**



Domanda per il riconoscimento del titolo di Medico chirurgo, Medico specialista, Medico veterinario, Farmacista, Odontoiatra
 conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari

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

_____ Sesso M F
 NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO

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 CONSEGUILE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

E, inoltre, 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 CONSEGUILE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il riconoscimento dei propri titoli, ai fini dell'esercizio del DIRITTO DI
 STABILIMENTO, per la professione sanitaria di:

Medico Chirurgo Medico Specialista Medico Veterinario Farmacista Odontoiatra

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'Allegato A1

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 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 NASCIMENTO

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

Di essere cittadino/a _____
 CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATIVITE, STAATSANGEHORIGKEIT, CIUDADANIA

- di volersi iscrivere all'Ordine di _____
 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:

_____ NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO
 COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Via/piazza _____ n. _____
 INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - DIRECTION

_____ 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

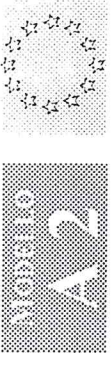
_____ @ _____
 N. CELLULARE E-MAIL

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





MINISTERO DELLA SALUTE
 Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie –
 Uff. VII
 Piazzale dell'Industria, 20 – 00144 ROMA



Domanda per il riconoscimento del titolo di Medico di Medicina Generale conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari

La / Il Sottoscritt/a/o, _____
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 CONSEQUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTENIDO EL TITULO

**Chiede a codesto Ministero il riconoscimento del titolo di
 Medico di Medicina Generale, ai fini dell'esercizio del DIRITTO DI STABILIMENTO**

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'Allegato A 2

La / Il sottoscritt/a/o, 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 che nel Paese d'origine e/o di provenienza;
- di essere:

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

_____ il _____
STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO

_____ il _____
DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE DE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

- di essere cittadino/a _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATALITE, STAATSAANGEHORENKEIT, CIUDADANIA
- di essere già iscritta/o in Italia all'Ordine dei Medici SI NO

In caso di risposta affermativa al punto precedente indicare la Provincia dell'Ordine _____
SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

La / il sottoscritt/a/o 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 - ADDRESS - ADRESSE - DIRECCION

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

_____ CAP - POST CODE

_____ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

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

Ufficio Ministeriale per il Riconoscimento del Titolo di Medico di Medicina Generale, ai fini dell'esercizio del diritto di stabilimento

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

per il riconoscimento del titolo di Medico di Medicina Generale conseguito in un Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari.

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguirne l'istruttoria. In tal caso, il delegato dovrà produrre apposita delega, accompagnata da copia di un valido documento di identità del delegato e del delegante.
3. Copia autenticata del diploma di laurea.
4. Copia autenticata del titolo di studio di cui si chiede il riconoscimento.
5. Copia autenticata dell'eventuale abilitazione all'esercizio professionale conseguito in uno Stato membro, solo se prevista nello stesso.
6. Attestato di conformità alla vigente normativa comunitaria rilasciato dalla competente Autorità del Paese in cui il titolo è stato conseguito (il documento deve essere presentato in originale). Detta certificazione deve attestare se il titolo posseduto corrisponde a quello di cui agli artt. 30 e 31 della Direttiva 93/16/CEE, oppure se trattasi di un riconoscimento di diritto acquisito di cui all'art. 36 della Direttiva citata.
7. Good standing rilasciato dalla competente Autorità del Paese di provenienza attestante il possesso dei titoli e l'esclusione di limiti per l'esercizio professionale nel territorio di provenienza (il documento deve essere presentato in originale e prodotto con data non anteriore a dodici mesi rispetto a quella di presentazione della domanda).
8. Una marca da bollo da 14,62 €.
9. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.

Note ed avvertenze generali:

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una **traduzione** in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

Laddove è richiesta la copia autenticata, i soli cittadini comunitari possono produrre, ai sensi del D.P.R. 445/2000, i documenti in copia semplice, unendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà compilata secondo le modalità indicate nella stessa.

L'Amministrazione provvederà ai sensi di legge al controllo a campione sulla veridicità delle autocertificazioni. **Non sono ammesse fotocopie a colori.**

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", **non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.**

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, **non prima di tre mesi** dalla data di presentazione della domanda.



MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie

Uff. VII

Piazzale dell'Industria, 20 - 00144 ROMA



Domanda per l'esercizio del DIRITTO DI LIBERA PRESTAZIONE DEI SERVIZI di cittadini comunitari in possesso del titolo di MEDICO CHIRURGO, MEDICO SPECIALISTA, MEDICO VETERINARIO, ODONTOIATRA, conseguito in un Paese dell'Unione europea.

La / Il Sottoscritt(a), [] COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO [] Sesso M [] F

In possesso del Titolo di (da indicare in lingua originale) [] NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO

Conseguito in [] TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME

E, inoltre, del Titolo di (da indicare in lingua originale) [] STAAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Conseguito in [] TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME

Chiede a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria, di poter esercitare il DIRITTO ALLA LIBERA PRESTAZIONE DEI SERVIZI per la professione sanitaria di:

Medico Chirurgo [] Medico specialista in: [] Medico Veterinario [] Odontoiatra []

A tal fine allega i documenti di cui all'Allegato C1

La / il sottoscritt(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 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 [] DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

Di essere cittadino/a [] STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO

- di voler esercitare presso la struttura sanitaria: [] CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE; STAATSANGEHORIGKEIT, CIUDADANIA

sita in: [] STRUTTURA SANITARIA - HOSPITAL - HOPITAL [] CITTÀ - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD [] PROV.

Data di effettuazione delle prestazioni: [] INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - DIRECCION []

- per la seguente motivazione: []

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

[] COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO [] NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPIO

Via/piazza [] n. [] INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - DIRECCION []

[] CITTÀ - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD [] PROV.

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

[] N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL - TEL NUMBER - N.TEL. [] N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMBER - N. FAX

[] N. CELLULARE [] E-MAIL [] @ []

[] DATA - DATE - DATUM - FECHA [] FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA

In fede

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

per l'esercizio del DIRITTO DI LIBERA PRESTAZIONE DEI SERVIZI di cittadini comunitari in possesso del titolo di medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, odontoiatra, conseguito in un Paese dell'Unione europea.

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguirne l'istruttoria. In tal caso, il delegato dovrà produrre apposita delega allegando copia del documento di identità del delegato e del delegante.
3. Certificato della competente Autorità dello Stato di origine o di provenienza in cui è dichiarato che l'interessato esercita legalmente la specifica professione in detto Stato. Tale documento deve avere una data anteriore di non più di 12 mesi rispetto alla data di presentazione della domanda. Detto documento deve essere presentato in originale.
4. Copia autenticata del/i titolo/i del/i quale/i l'interessato intende avvalersi per la prestazione dei servizi.
5. Attestato di conformità alla vigente normativa comunitaria settoriale, della denominazione del titolo e dei requisiti minimi di formazione, rilasciato dalla competente Autorità del Paese in cui il Titolo è stato conseguito. Detto documento deve essere presentato in originale.
6. Indicazione della motivazione giustificante le prestazioni
7. Una fotocopia di tutti i documenti presentati. La documentazione presentata non sarà ritenuta completa in mancanza di tali fotocopie, dovendo inviare detti documenti all'Ordine dei Medici competente. Non sono ammesse fotocopie a colori.
8. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.

Note ed avvertenze generali:

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una traduzione in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

Laddove è richiesta la copia autenticata, i soli cittadini comunitari possono produrre, ai sensi del D.P.R. 445/2000, i documenti in copia semplice, unendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà compilata secondo le modalità indicate nella stessa.

L'Amministrazione provvederà ai sensi di legge al controllo a campione sulla veridicità delle autocertificazioni. **Non sono ammesse fotocopie a colori.**

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", **non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.**

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, **non prima di tre mesi** dalla data di presentazione della domanda.

TITOLI CONSEGUITI IN PAESI NON UE

Tutti i cittadini, comunitari e non comunitari, in possesso di titoli stranieri conseguiti in un Paese non comunitario, per ottenere l'autorizzazione all'esercizio professionale in Italia, devono presentare domanda per il riconoscimento del titolo anche se già riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea. In tal caso, il Ministero della salute prende in considerazione le eventuali integrazioni di formazione e di attività professionale acquisite dall'interessato nel Paese comunitario.

Per ottenere il riconoscimento:

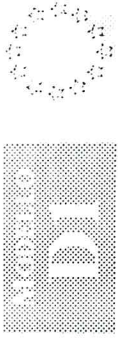
- medici chirurghi, veterinari, farmacisti e odontoiatri devono utilizzare il **MODELLO D1** e presentare i documenti indicati nell'**ALLEGATO D1**
- tutte le altre professioni sanitarie devono utilizzare il **MODELLO D2** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO D2**
In particolare, infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica che intendono lavorare in una delle seguenti Regioni o Province:

1. Calabria
2. Lazio
3. Umbria
4. Veneto
5. Campania
6. Liguria
7. Piemonte
8. P.A. di Bolzano
9. Emilia Romagna
10. Lombardia
11. Valle d'Aosta
12. P.A. di Trento

- devono inviare le richieste di riconoscimento dei titoli **direttamente agli uffici regionali competenti** (elenco file formato **DOC - HTML**), utilizzando il **MODELLO H** e presentando i documenti indicati nell' **ALLEGATO H** . Altrettanto dovranno fare le cooperative, gli organismi o i singoli soggetti delegati all'istruttoria delle pratiche di riconoscimento, che abbiano la residenza legale nelle citate Regioni o Province.
- coloro che posseggono un **titolo professionale complementare** di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria devono utilizzare il **MODELLO E** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO E**

CASI PARTICOLARI, per cittadini comunitari:

- I soli cittadini comunitari che richiedono il riconoscimento di titoli abilitanti all'esercizio dell'arte ausiliaria di ottico, odontotecnico o altra arte ausiliaria (Legge 8 novembre 1984, n° 752), possono utilizzare il **MODELLO F** e presentare i documenti indicati nell'**ALLEGATO F**.
- I cittadini comunitari in possesso di titolo abilitante all'esercizio della professione sanitaria di medico chirurgo, medico specialista, veterinario, farmacista e odontoiatra conseguito in un Paese non comunitario e già riconosciuto (con provvedimento di equipollenza) in un Paese membro dell'Unione Europea (D. Lgs. 277/2003, in attuazione della Direttiva 2001/19/CEE), possono chiedere il riconoscimento del titolo compilando il **MODELLO I** e presentando i documenti indicati nell' **ALLEGATO I** .



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio della professione di MEDICO CHIRURGO, VETERINARIO, FARMACISTA E 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 già riconosciuti in un Paese dell'UE

La / Il Sottoscritt(a) o, _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

_____ Sesso M F

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

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

Conseguito in _____
TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUILE 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 Veterinario Farmacista Odontoiatra

A tal fine allega i documenti di cui all'*Allegato D1*.

La / il sottoscritt(a) o, 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 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 GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO
 DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

E di essere cittadino/a _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATALITE, STAATSANGEHORIGKEIT, CIUDADANIA

La / il sottoscritt(a) o 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 - ADDRESS - ADRESSE - DIRECTION

_____ 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

_____ NUMERO CELLULARE _____ @ _____ E-MAIL

In fede

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

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

per il riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria di Medico chirurgo, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra, acquisito 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 in un Paese dell'U.E.)

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguirne l'istruttoria. In tal caso, per i cittadini non comunitari il delegato dovrà produrre apposita delega nella quale la firma del delegante deve essere autenticata dall'autorità consolare italiana presso il Paese di provenienza, da un Ufficiale di stato civile italiano o da un notaio. Per i cittadini comunitari il delegato dovrà produrre apposita delega, allegando copia del documento di identità del delegato e del delegante.
3. Copia autenticata del titolo di studio specifico per l'attività richiesta.
4. Copia autenticata del titolo di abilitazione specifico per l'attività, qualora previsto dal Paese in cui il titolo è stato conseguito.
5. Copia autenticata dell'iscrizione all'Albo professionale del Paese in cui il titolo è stato conseguito, solo se previsto nel paese stesso.
6. Copia autenticata dei programmi degli studi compiuti per il conseguimento del titolo di cui si chiede il riconoscimento, nominativi e riferiti agli anni di studio con chiara indicazione delle ore **effettuate** (distinguendo tra ore di formazione teorica e ore di formazione pratica) e delle **discipline svolte**, nonché delle modalità di frequenza e di svolgimento delle attività teoriche e pratiche.
7. Dichiarazione di valore in originale rilasciata dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nello Stato dove è stato rilasciato il titolo di cui si chiede il riconoscimento, che attesti:
 - a) che il titolo è stato rilasciato da autorità competente nel Paese di conseguimento;
 - b) i requisiti di accesso al corso (scolarità di base);
 - c) che il titolo è abilitante all'esercizio della professione nel Paese dove è stato rilasciato;
 - d) gli anni di durata del corso di laurea;
 - e) l'autenticità della firma apposta sul titolo e la regolarità del titolo stesso (in mancanza di tale certificazione di autenticità, è richiesta la legalizzazione del titolo effettuata dalle competenti Autorità);
 - f) le attività professionali che il titolo consente di esercitare nel Paese di conseguimento.
8. Attestazione di non esistenza di impedimenti di tipo penale e professionale all'esercizio della professione che si intende esercitare rilasciato dalle competenti Autorità del Paese d'origine e/o di provenienza.
9. Certificato/ dal quale risulti descritta in dettaglio l'attività lavorativa eventualmente svolta nel Paese di origine e/o di provenienza, successivamente al conseguimento del titolo di cui si chiede il riconoscimento (inclusi periodi di tirocinio pratico svolti).
10. I cittadini non comunitari che hanno conseguito il titolo in un Paese dell'U.E., devono presentare un Attestato di conformità alla vigente normativa comunitaria settoriale della denominazione del titolo e dei requisiti minimi di formazione, rilasciato dalla competente Autorità del Paese in cui il titolo è stato conseguito (il documento deve essere presentato in originale).
11. **ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI NON COMUNITARI CHE HANNO OTTENUTO IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO IN UN PAESE DELL'U.E.**, dichiarazione rilasciata dall'Autorità che ha riconosciuto il titolo, nella quale vengano specificate le procedure o le modalità che hanno portato al riconoscimento del titolo (es: prova attitudinale, tirocinio di adattamento, eventuali materie studiate ad integrazione del percorso formativo ecc.).
12. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.
13. Curriculum vitae sottoscritto dall'interessato che ne dichiara espressamente la veridicità.

Avvertenze generali:

Le **legalizzazioni** dei titoli conseguiti in un Paese non comunitario sono accettate se effettuate dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana, presente nello Stato dove è stato rilasciato il titolo, oppure se effettuate mediante Apostille (Convenzione de L'Aia 5.10.1961).

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una **traduzione** in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

I documenti in fotocopia possono essere autenticati o presso l'Ambasciata o Consolato italiano nel Paese di provenienza o in Italia presso gli uffici di qualunque Comune italiano.

Non sono ammesse fotocopie a colori.

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

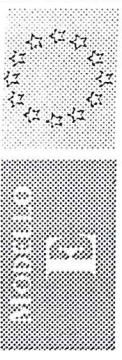
L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", **non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.**

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, **non prima di tre mesi** dalla data di presentazione della domanda.



MINISTERO DELLA SALUTE
 Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie
 UFF. VII
 Piazzale dell'Industria, 20 – 00144 ROMA



Domanda di riconoscimento di un titolo professionale complementare di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria conseguito in un Paese non comunitario da cittadini sia comunitari che non comunitari
Domanda valida anche per i cittadini non comunitari il cui titolo siano stato conseguito o 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 di
 (da indicare in lingua originale)

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

E , inoltre, del Titolo di
 (da indicare in lingua originale)

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

Chiede a codesto Ministero il RICONOSCIMENTO del proprio Titolo professionale complementare, al fine di esercitare la professione di Medico Specialista in:

PROFESSIONE - PROFESSION - PROFESSION - BERUF - PROFESSION

PROFESSIONE - PROFESSION - PROFESSION - BERUF - PROFESSION

A tal fine allega i documenti di cui all'Allegato E

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 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 GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

E di essere cittadino/a:
 CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATIONALITE, STAATSANGEHORSKETT, 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 n.
 INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

CITTÀ - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD PROV.

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

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

N. CELLULARE @ E-MAIL

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

Il sottoscritto/a dichiara di aver fornito i dati personali contenuti in questo modulo in modo veritiero e completo.

DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

per il riconoscimento di un titolo professionale complementare di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria acquisito 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 già riconosciuti da un altro Paese dell'UE)

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguirne l'istruttoria. In tal caso, per i cittadini non comunitari il delegato dovrà produrre apposita delega nella quale la firma del delegante deve essere autenticata dall'autorità consolare italiana presso il Paese di provenienza, da un Ufficiale di stato civile italiano o da un notaio. Per i cittadini comunitari il delegato dovrà produrre apposita delega, allegando copia del documento di identità del delegato e del delegante.
3. Copia autenticata della laurea italiana o del decreto di riconoscimento della laurea estera (documento non necessario per coloro che presentano contestualmente il modello D1).
4. Copia autenticata del titolo di abilitazione all'esercizio della professione sanitaria di medico chirurgo in Italia (documento non necessario per coloro che presentano contestualmente il modello D1 o che abbiano già ottenuto l'autorizzazione all'esercizio della professione da parte di questo Ministero).
5. Copia autentica dell'iscrizione all'Albo professionale italiano (documento non necessario per coloro che presentano contestualmente il modello D1).
6. Copia autenticata dell'iscrizione all'albo professionale nel Paese di provenienza ed eventuali rivalidazioni, qualora previsto.
7. Copia autenticata del titolo di studio specifico per l'attività richiesta.
8. Copia autenticata dei programmi dettagliati degli studi previsti per il conseguimento del titolo di cui si chiede il riconoscimento, nominativi e riferiti agli anni di studio, con chiara indicazione delle ore effettuate e delle discipline svolte nonché delle modalità di frequenza e di svolgimento delle attività teoriche e pratiche.
9. Dichiarazione di valore in originale rilasciata dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana presente nello Stato dove è stato rilasciato il titolo di cui si chiede il riconoscimento, che attesti:
 - a) che il titolo è stato rilasciato da autorità competente nel Paese di conseguimento;
 - b) i requisiti di accesso al corso di specializzazione;
 - c) gli anni di durata del corso di specializzazione;
 - d) l'autenticità della firma apposta sul titolo e la regolarità del titolo stesso (in mancanza di tale certificazione di autenticità, è richiesta la legalizzazione del titolo effettuata dalle competenti Autorità);
 - e) le attività professionali che il titolo consente di esercitare nel Paese di conseguimento;
 - f) le modalità didattiche, i contenuti e le attività pratiche che hanno costituito oggetto del corso di specializzazione.
10. Attestazione di non esistenza di impedimenti di tipo penale e professionale all'esercizio della professione che si intende esercitare rilasciato dalle competenti Autorità del Paese d'origine e/o di provenienza (il documento deve essere prodotto con data anteriore a non più di tre mesi rispetto a quella di presentazione della domanda). (Documento non necessario per coloro che presentano contestualmente il modello D1).
11. Certificato/i dal quale risulti descritta in dettaglio l'attività lavorativa eventualmente già svolta nel Paese di origine e/o di provenienza, anche in qualità di specialista, inclusi periodi di tirocinio pratico svolti con indicazione dell'impegno orario lavorativo.
12. Attestazione, nel caso delle specializzazioni mediche di anestesia e rianimazione, medicina nucleare, radiodiagnostica, radioterapia, di esercizio della specifica attività specialistica per almeno tre anni negli ultimi dieci o per un periodo proporzionalmente minore nel caso in cui il titolo sia stato conseguito da un periodo di tempo inferiore a dieci anni antecedente la richiesta.
13. **ESCLUSIVAMENTE PER I CITTADINI NON COMUNITARI CHE HANNO GIÀ OTTENUTO IL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO IN UN PAESE DELL'UE**, dichiarazione rilasciata dall'Autorità che ha riconosciuto il titolo, nella quale vengano specificate le procedure o le modalità che hanno portato al riconoscimento del titolo (es: prova attitudinale, tirocinio di adattamento, eventuali materie studiate ad integrazione del percorso formativo ecc.).
14. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.
15. Curriculum vitae.

Note ed avvertenze generali:

Le **legalizzazioni** dei titoli conseguiti in un Paese non comunitario sono accettate se effettuate dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana, presente nello Stato dove è stato rilasciato il titolo, oppure se effettuate mediante Apostille (Convenzione de L'Aia 5.10.1961).

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una **traduzione** in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

Per i documenti di cui ai punti 3, 4 e 5, è possibile produrre, ai sensi del D.P.R. 445/2000, i documenti in copia semplice, unendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà compilata secondo le modalità indicate nella stessa.

L'Amministrazione provvederà ai sensi di legge al controllo a campione sulla veridicità delle autocertificazioni.

Negli altri casi, è possibile ottenere l'autenticazione dei documenti in copia o presso l'Ambasciata italiana nel Paese di provenienza o in Italia presso gli uffici di qualunque Comune italiano. **Non sono ammesse fotocopie a colori.**

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

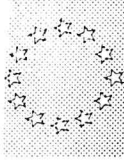
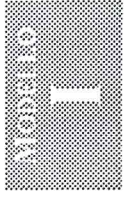
Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, non prima di tre mesi dalla data di presentazione della domanda.



MINISTERO DELLA SALUTE
 Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie -
 Uff. VII

Piazzale dell'Industria, 20 - 00144 ROMA



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio della professione di **Medico Chirurgo, Medico Specialista, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra,** conseguito da cittadini comunitari in un Paese extracomunitario, già riconosciuto con provvedimento formale in un Paese membro dell'Unione Europea (D.lgs 277/2003 in attuazione della direttiva 2001/19/CEE)

La / Il Sottoscritto/a,

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

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 OUI ON A CONSEGUILE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Riconosciuto in: _____

PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN

E, inoltre, 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 OUI ON A CONSEGUILE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTIENIDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il riconoscimento dei proprii Titoli, per la professione sanitaria di:

Medico Chirurgo

Medico Veterinario

Farmacista

Odontoiatra

Medico Specialista in:

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'*Allegato I*

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 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 GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO

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

Di essere cittadina/o _____

- Di volersi iscrivere all'Ordine di _____

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHORINGKHEIT, CIUDADANIA

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 PROPIO

Via/piazza _____

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - DIRECTION

n.

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

PROV.

CAP - POST CODE

STATO - COUNTRY - ETAT - ESTADO

N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMBER - 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 - UNTERSCHRIFT - FIRMA



DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Per il riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio della professione di **Medico Chirurgo, Medico Specialista, Veterinario, Farmacista, Odontoiatra**, conseguito da cittadini comunitari in un Paese extracomunitario, già riconosciuto con provvedimento formale in un Paese membro dell'Unione Europea

(D.lgs 277/2003 in attuazione della direttiva 2001/19/CEE)

1. Copia di un documento di identità in corso di validità, nel quale sia presente la firma dell'interessato.
2. Qualora l'istanza non venga presentata direttamente dall'interessato, lo stesso può delegare una persona fisica o una società di servizi a presentare la domanda e/o a seguire l'istruttoria. In tal caso, il **delegato** dovrà produrre apposita delega, accompagnata da copia di un valido documento di identità del delegato e del delegante.
3. Copia autenticata del titolo di studio specifico per l'attività richiesta conseguito nel Paese extracomunitario con annessa legalizzazione della firma di chi ha rilasciato il titolo.
4. Copia autenticata del titolo di abilitazione specifico per l'attività, qualora previsto dal Paese in cui il titolo è stato conseguito.
5. Certificato di iscrizione all'Albo professionale del Paese in cui il titolo è stato conseguito, solo se previsto nel paese stesso.
6. Originale della dichiarazione rilasciata dall'Autorità competente del Paese comunitario che ha riconosciuto il titolo (con provvedimento di equipollenza), nella quale vengano specificate le procedure o le modalità che hanno portato al riconoscimento del titolo stesso (es: prova attitudinale, tirocinio di adattamento, eventuali materie studiate ad integrazione del percorso formativo ecc.).
7. Certificato dell'eventuale iscrizione all'Albo professionale dello Stato membro di provenienza, di data non anteriore a sei mesi.
8. Good standing rilasciato dalla competente Autorità del Paese comunitario di provenienza attestante il possesso dei titoli e l'esclusione di limiti per l'esercizio professionale nel territorio di provenienza (il documento deve essere prodotto con data non anteriore a dodici mesi rispetto a quella di presentazione della domanda).
9. I soli **farmacisti** devono presentare Certificato sulle condizioni di salute, conforme alle norme stabilite dallo Stato membro di origine o di provenienza per l'esercizio della professione
10. **Certificatof**i attestante/ l'attività lavorativa eventualmente svolta nel Paese di origine e in quello comunitario di provenienza, successivamente al conseguimento ed al riconoscimento del titolo (inclusi periodi di tirocinio pratico svolti).In tali certificazioni devono essere indicati il tipo di attività svolta(autonoma o subordinata) le modalità di svolgimento (a tempo pieno o parziale), la tipologia delle prestazioni svolte.
11. Curriculum professionale autocertificato ai sensi degli artt. 46 e 76 del DPR 445/2000
12. Una fotocopia, non a colori, di tutti i documenti presentati. La documentazione presentata non sarà ritenuta completa in assenza di tale fotocopia, dovendo la procedura concludersi con l'invio di tutti i documenti all'Ordine presso il quale si chiede l'iscrizione.
13. Elenco dei documenti presentati, sottoscritto dal richiedente.

Note ed avvertenze generali:

Le **legalizzazioni** dei titoli conseguiti in un Paese non comunitario sono accettate se effettuate dall'Autorità Diplomatica o Consolare italiana, presente nello Stato dove è stato rilasciato il titolo, oppure se effettuate mediante Apostille (Convenzione de L'Aia 5.10.1961).

Tutti i documenti redatti in lingua straniera devono essere accompagnati da una **traduzione** in italiano. Detta traduzione dovrà essere certificata conforme al testo originale dall'Autorità diplomatica o consolare italiana presso il Paese in cui il documento è stato rilasciato, oppure dovrà essere giurata o asseverata presso un Tribunale italiano.

Laddove è richiesta la copia autenticata, i soli cittadini comunitari possono produrre, ai sensi del D.P.R. 445/2000, i documenti in copia semplice, unendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà compilata secondo le modalità indicate nella stessa.

L'Amministrazione provvederà ai sensi di legge al controllo a campione sulla veridicità delle autocertificazioni.

I cittadini non comunitari, invece, possono ottenere l'autenticazione dei documenti in copia o presso l'Ambasciata italiana nel Paese di provenienza o in Italia presso gli uffici di qualunque Comune italiano.

Non sono ammesse fotocopie a colori.

La documentazione presentata non sarà restituita.

Questa Amministrazione invierà tutte le comunicazioni riguardanti il procedimento all'indirizzo indicato dall'interessato nella domanda. Sarà, pertanto, cura dell'interessato dare tempestiva comunicazione di ogni variazione dell'indirizzo, che potrà essere comunicato per via fax al n. 06 59942536.

L'Amministrazione non sarà responsabile delle comunicazioni non pervenute a seguito di trasferimento o errata indicazione del recapito da parte dell'interessato.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali", **non potranno essere fornite telefonicamente informazioni sullo stato delle pratiche.**

Eventuali richieste potranno essere inoltrate via fax, al n° 06 59942536, **non prima di tre mesi** dalla data di presentazione della domanda.