



**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, 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 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:**

**Medico Chirurgo**     **Veterinario**     **Farmacista**     **Odontoiatra**

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

**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

E di essere cittadina/o   
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHOREINGKEIT, 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

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

CAP - POST CODE  STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO  
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  
N. TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL. - TEL. NUMMER - N.TEL.      N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

NUMERO CELLULARE  @   
NUMERO CELLULARE      E-MAIL

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 del D.L. 196/2003 .**