



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

MODELLO
E



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 Sottoscritta/o, _____
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

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 CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTENIDO 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 -PROFESION

PROFESSIONE -PROFESSION -PROFESSION - BERUF -PROFESION

PROFESSIONE -PROFESSION -PROFESSION - BERUF -PROFESION

PROFESSIONE -PROFESSION -PROFESSION - BERUF -PROFESION

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

La / il sottoscritta/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 essere:

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

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

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

La / il sottoscritta/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 - 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

N. CELLULARE _____
E-MAIL @ _____

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