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

MODELLO I

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 Sottoscritta/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 CONSEGUI LE 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 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/i proprio/i Titolo/i, 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 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 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 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 all'Ordine di** _____
SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

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

__ __ __ __ __ __ __ __ **In fede** _____
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.Lgs. 196/2003.