



Alla Regione o Provincia Autonoma di:

MODELLO
H



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio della professione di **INFERMIERE O TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA** conseguito in un Paese noncomunitario da cittadini sia comunitari che non comunitari
(Domanda valida anche per i titoli già riconosciuti da un altro 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
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 che venga inoltrata al Ministero della Salute la presente domanda di RICONOSCIMENTO del proprio Titolo professionale, ai fini dell'esercizio della Professione Sanitaria di:

PROFESSIONE - PROFESSION - PROFESSION - BERUF - PROFESION

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

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 dell'art. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

▪ di non avere riportato condanne penali, sanzioni amministrative e disciplinari sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;

▪ di essere nato a

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

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

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

▪ E di essere cittadina/o

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHÖRIGKEIT, CIUDADANIA

La / il sottoscritto/a chiede alla Regione o Provincia autonoma 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. 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

L'Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 .