



**MINISTERO DELLA SALUTE**  
**Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie**  
**Ufficio IV**  
**Via Giorgio Ribotta, 5- 00144 ROMA**

**MODELLO**  
**D2**



Domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio di una professione sanitaria, DIVERSA DA: medico chirurgo, medico specialista, medico veterinario, farmacista, 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 RICONOSCIUTI da un altro 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)

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:**

<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Ostetrica
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> ALTRA PROFESSIONE - OTHER PROFESSION - AUTRE PROFESSION - ANDERE BERUF - OTRAS PROFESION <b>e a tal fine allega i documenti di cui all'Allegato D2</b>	

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 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 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 GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

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

▪ di essere cittadina/o

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

▪ di volersi iscrivere al Collegio di   
 (da indicare solo per titoli conseguiti in paesi dell'UE):

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 - 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

@

NUMERO 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. 196/2003 .**