



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 Sottoscritt/a/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 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 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 NASCIMENTO

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

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

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 - 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