



Domanda per la restituzione dei documenti relativi al titolo professionale dell'area sanitaria conseguito:

- in un **Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari**,
- in un Paese dell'Area SEE (*Norvegia, Islanda, Liechtenstein*) e nella *Confederazione Svizzera* dai rispettivi cittadini
- in un Paese non dell'UE da cittadini comunitari e/o extracomunitari

La / Il Sottoscritto/a,

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO
 NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Chiede a codesto Ministero la restituzione dei documenti presentati a corredo dell'istanza di riconoscimento del seguente titolo professionale :

Indicare il titolo professionale
Fascicolo/Protocollo

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 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

il

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

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

▪ **di essere cittadina/o**

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

In caso di delega indicare il nome e l'indirizzo del delegato

La / il sottoscritto/a 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

@

N. CELLULARE

E-MAIL

In fede

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA