|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |
| Modello  **P** | | | | | | | | | MINISTERO DELLA SALUTE  D. G. delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del S.S.N.  Ufficio VI ex DGRUPS - viale Giorgio Ribotta 5 – 00144 ROMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
| *Marca da bollo*  **Domanda per l’equiparazione del Diploma di Aiutante di Sanità**  **al titolo abilitante all’esercizio dell’arte ausiliaria**  **delle professioni sanitarie**  **di Infermiere generico**  **ai sensi del Decreto del Ministro della Difesa del 12 dicembre 1990** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |
|  | La / Il Sottoscritta/o, | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | | COGNOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Sesso | | | | M | | |  | F | |  | |
|  | NOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| In possesso del Diploma di | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | TITOLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Conseguito | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | |  | | | STRUTTURA DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Città | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | CITTA PROV. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Chiede a codesto Ministero di equiparare il proprio Diploma di Aiutante di Sanità al titolo abilitante all’esercizio dell’arte ausiliaria sanitaria di Infermiere generico di cui alla legge 29 ottobre 1954, n. 1046, così come previsto dal decreto del Ministro della Difesa del 12 dicembre 1990** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A tal fine, allega alla presente domanda i documenti di cui all’elenco P1**  **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 sia in Italia che all’Estero ; e di essere :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nata/o a | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | LUOGO DI NASCITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | il |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |
|  | STATO DI NASCITA DATA DI NASCITA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Di essere cittadina/o | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| CITTADINANZA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| La / il sottoscritta/o chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | COGNOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | NOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Via/piazza | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | n. | |  | | |  | | |  | |  |
|  | |  | | |  | | | INDIRIZZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  |
|  | | C A P CITTA' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | PROV. | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | @ | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | RECAPITO TELEFONICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | E-MAIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  |  |  |  | **In fede** | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |
| DATA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| **L’Ufficio si impegna a trattare i dati personali contenuti nella presente domanda ai sensi del D.Lgs. 196/2003.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |