



---

## RETTIFICHE ED ERRATA-CORRIGE

---

AVVERTENZA. — L'**avviso di rettifica** dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nell'originale o nella copia del provvedimento inviato per la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale. L'**errata-corrige** rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nella Gazzetta Ufficiale.

---

AVVISO DI RETTIFICA

### ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 21 febbraio 2020.

**Avviso pubblico per la presentazione delle domande di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento al titolo universitario di Educatore Professionale Socio Sanitario, ex art. 6, co. 3, D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. - Accordo Stato/Regioni n. 17/CSR del 10 febbraio 2011 recepito con D.P.C.M. 26 luglio 2011.**

In riferimento al decreto di cui in epigrafe, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parte I, n. 10 del 28 febbraio 2020, gli Allegati devono intendersi integrati con il seguente modello di domanda:



 Ministero della Salute	<b>DOMANDA</b> <b>per ottenere il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso</b> <b>ordinamento al titolo universitario di</b> <b>EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO</b> <b>ex art. 6, comma 3, del D.lgs 502/92 s.m.i.</b> <b>DPCM 26 luglio 2011 (G.U. n. 191 del 18/8/2011)</b>	Regione Siciliana  Assessorato della Salute Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
<b>Spett.le Regione Siciliana</b> <b>Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico</b> <b>Servizio 2 "Formazione"</b> <b>Via Mario Vaccaro, 5 - 90145 Palermo</b> <b>PEC : dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it</b>		MARCA DA BOLLO € 16,00

 Posta Elettronica Certificata  
*(barrare la casella)*
 Raccomandata A.R.

 La /Il Sottoscritta/o, \_\_\_\_\_  
*(Nome e Cognome)*

 nata/o a \_\_\_\_\_ il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |  
*(Luogo di nascita)*

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**chiede l'avvio della procedura per il riconoscimento dell'equivalenza del proprio titolo, al titolo universitario abilitante alla Professione Sanitaria di:**

<b>EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIO SANITARIO</b> <i>(Decreto Ministero della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 - L. 205/2017)</i>	<b>Professioni Sanitarie</b> <b>Riabilitative</b>
--	--

**Ai predetti fini, sotto la propria responsabilità DICHIARA di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, il cui corso è stato autorizzato, e/o svolto presso codesta Regione:**

 \_\_\_\_\_  
*(Indicare la denominazione del titolo)*

 conseguito entro il 17 marzo 1999, ovvero il | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | al termine del percorso formativo iniziato entro il 31 dicembre 1995, presso \_\_\_\_\_  
*(Denominazione dell'Istituto o dell'Ente formativo che ha rilasciato il titolo)*
**DICHIARA inoltre:**

- di aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.
- di **NON** aver prestato attività lavorativa coerente ed assimilabile alla Professione Sanitaria indicata, per almeno un anno, anche non continuativo, negli ultimi cinque anni antecedenti al 10 febbraio 2011.

 - di essere attualmente occupato e di svolgere la seguente attività: \_\_\_\_\_  
 presso: \_\_\_\_\_

- di essere in possesso dei seguenti titoli di studio, ulteriori rispetto al titolo di cui chiede l'equivalenza:

- Diploma Scuola Media     Diploma di Qualifica Professionale     Attestato di Qualifica Professionale
- Diploma Scuola Superiore     Dipl. Scuola Diretta a Fini Speciali     Diploma Universitario     Laurea
- Altro (spec.) \_\_\_\_\_

conseguito/i il \_\_\_\_\_

**ALLEGA** alla presente le dichiarazioni sostitutive di certificazione ed atti di notorietà contenuti/e nell'avviso (Allegati A, B, ecc.) completamente compilate e, in aggiunta, include:

- la copia in carta semplice di un **valido documento d'identità** personale;
- un apposito **elenco**, datato e sottoscritto, riportante tutti i documenti e le autocertificazioni presentate.

**DICHIARA** di accettare tutte le indicazioni fornite nell'avviso, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l'amministrazione disporrà l'applicazione delle norme penali previste e la decadenza da ogni beneficio, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**CHIEDE** infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC):

\_\_\_\_\_  
*(scrivere in modo chiaro e leggibile)*

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**DICHIARA** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art. 11 dell'avviso pubblico.

Data \_\_\_\_\_ Firma per presa visione \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

**(2020.10.642)102**