



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, POLITICHE SOCIALI
e DISABILITÀ

LINEE GUIDA ALLA COMPILAZIONE

AVVISO PUBBLICO UNICO

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI
RICONOSCIMENTO DELL'EQUIVALENZA DEI TITOLI DEL
PREGRESSO ORDINAMENTO AI TITOLI UNIVERSITARI AFFERENTI
ALLE PROFESSIONI SANITARIE

SOMMARIO

1.	Premessa	3
2.	Sintesi della procedura per la compilazione.....	3
3.	Dettagli procedura	4
3.1.	Pagine da compilare	5
1.1.	Anagrafica	5
1.2.	Recapito.....	6
1.3.	Chiede.....	6
1.4.	Dichiarazioni.....	7
1.5.	Esperienza lavorativa	8
1.6.	Ulteriori dichiarazioni.....	12
1.7.	Conferma dati	12
3.2.	Allegati.....	13
3.3.	Sottoscrizione ed invio della domanda	14

1. Premessa

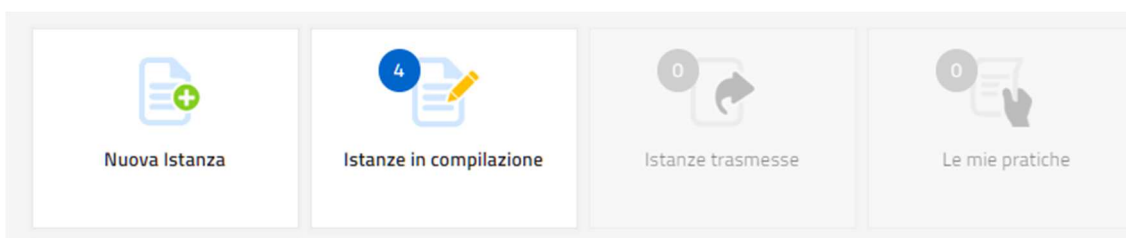
Le presenti linee guida contengono le istruzioni per la compilazione della domanda di riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento ai titoli universitari abilitanti alle Professioni Sanitarie, di cui alla L. 251/2000, sul sistema informatico *Istanze OnLine*.

Eventuali domande o richieste di chiarimenti possono essere inoltrate all'indirizzo mail: risorseumanesalute@regione.fvg.it.

2. Sintesi della procedura per la compilazione

Per la compilazione e presentazione telematica della domanda:

- Accedere [alla piattaforma informatica](#) tramite identificazione digitale SPID, CIE, CNS;
- Entrare dalla home page:
 - nella sezione **Nuova Istanza** per iniziare la compilazione di una nuova domanda;
 - nella sezione **Istanze in compilazione** per continuare la compilazione di una domanda già iniziata;
 - nella sezione **Istanze trasmesse** per vedere le istanze trasmesse;
 - nella sezione **Le mie pratiche** per visualizzare l'elenco delle domande trasmesse e prese in carico dall'Amministrazione regionale;



- Cliccare su "Nuova Istanza", compilare e salvare tutte le pagine che compongono l'istanza;
- Controllare i dati della bozza di domanda generata in formato pdf, verificarne la completezza e la coerenza, se risultasse necessario apportare le necessarie integrazioni o modifiche;
- Proseguire confermando i dati cliccando sul tasto **prosegui**;

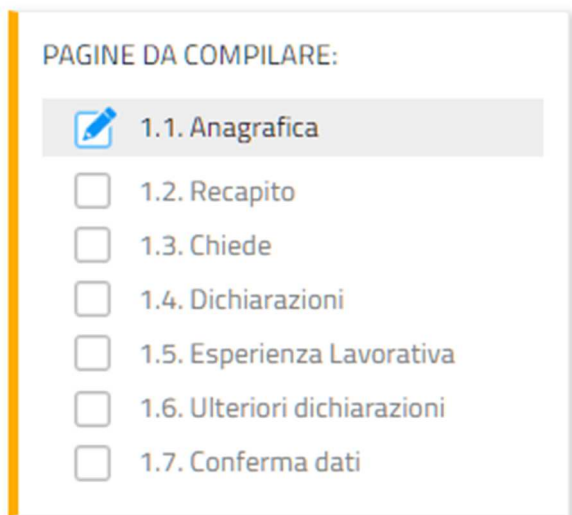


- Successivamente cliccare sul tasto **convalida e trasmetti** per inoltrare la domanda.



3. Dettagli procedura

Una volta autenticati la piattaforma mostra una sezione con il riepilogo delle pagine che dovranno essere compilate:

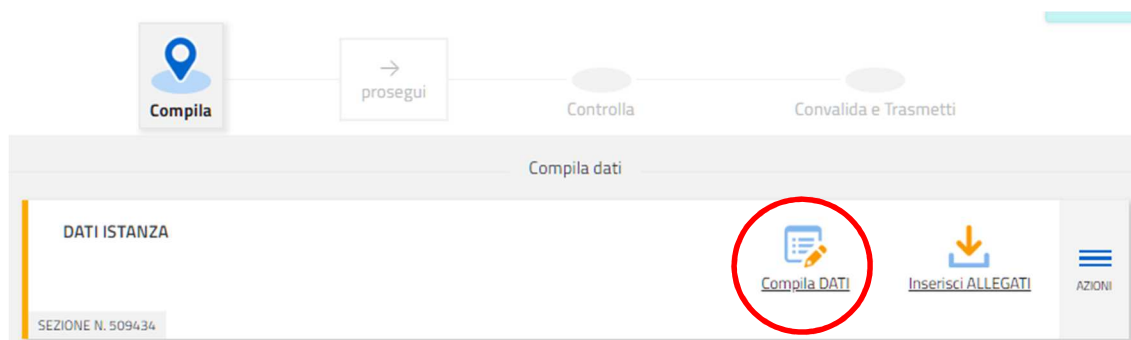


La domanda contiene tutti i dati relativi al soggetto richiedente. Si compila direttamente sul web, sfogliando in successione le videate proposte dal sistema.

In ciascuna videata è necessario completare la compilazione dei campi obbligatori, indicati con *, prima di poter salvare e passare a quella successiva. Gli allegati obbligatori sono evidenziati in giallo nella sezione dedicata.

La compilazione può essere interrotta e ripresa in sessioni successive.

Inizia la compilazione premendo sull'icona **Compila DATI**



3.1. Pagine da compilare

1.1. Anagrafica

COGNOME *	NOME *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Selezione identificativo fiscale *		
<input type="radio"/> ITALIANO <input type="radio"/> ESTERO		
DATA DI NASCITA *	Sesso *	
<input type="text" value="gg/mm/aaaa"/>	<input type="radio"/> MASCHIO <input type="radio"/> FEMMINA	
NAZIONE DI NASCITA *		
<input type="text" value="- Seleziona una voce -"/>		
Residenza		
COMUNE O STATO ESTERO DI RESIDENZA *		
<input type="text"/>		
INDIRIZZO *	NUM. CIV. *	CAP *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA *	PEC	
<input type="text" value="@"/>	<input type="text" value="@"/>	
TELEFONO FISSO	CELLULARE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

1.2. Recapito

[PAG. PRECEDENTE](#) [SALVA](#) [SALVA E CONTINUA](#)

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1. Anagrafica
- 1.2. Recapito
- 1.3. Chiede
- 1.4. Dichiarazioni
- 1.5. Esperienza Lavorativa
- 1.6. Ulteriori dichiarazioni
- 1.7. Conferma dati

Il recapito

presso cui ricevere le comunicazioni relative al presente concorso coincide con la residenza? *

SI NO

Recapito

PRESSO

COMUNE O STATO ESTERO *

INDIRIZZO * NUM. CIV. * CAP *

numero

LOCALITÀ

E-MAIL PEC

@@

1.3. Chiede

[PAG. PRECEDENTE](#) [SALVA](#) [SALVA E CONTINUA](#)

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1. Anagrafica
- 1.2. Recapito
- 1.3. Chiede
- 1.4. Dichiarazioni
- 1.5. Esperienza Lavorativa
- 1.6. Ulteriori dichiarazioni
- 1.7. Conferma dati

Chiede

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

AREA *

- Seleziona una voce -

Le istanze potranno essere presentate secondo il calendario di seguito riportato con riferimento alla specifica Professione Sanitaria d'interesse

PROFESSIONI SANITARIE PER CUI SI CHIEDE L'EQUIVALENZA DEL TITOLO POSSEDUTO	1° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE	2° CICLO TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE
AREA PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	Dal 14 luglio 2023 all'11 settembre 2023	Dal 15 gennaio 2024 al 14 marzo 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	Dal 12 settembre 2023 al 10 novembre 2023	Dal 18 marzo 2024 al 16 maggio 2024
AREA PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	Dal 13 novembre 2023 all'11 gennaio 2024	Dal 20 maggio 2024 al 18 luglio 2024

1.4. Dichiarazioni

DICHIARA


di essere in possesso del seguente titolo per il quale chiede il riconoscimento dell'equivalenza, i cui corsi sono stati autorizzati, e/o svolti presso codesta Regione

DENOMINAZIONE *

TIPOLOGIA *

AUTORIZZATO DA ENTE *

NOME ENTE *

ESTREMI * 


SPECIFICHE RIPORTATE SUL TITOLO 

RILASCIATO DA ENTE *

NOME ENTE *

COMUNE SEDE *

DATA * 

ANNO * 

che il relativo percorso formativo è stato svolto nel territorio di codesta Regione ed ha avuto una durata di

ANNI *

ORE TOTALI 1° ANNO *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE TEORICA *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE PRATICA *

ORE TOTALI 2° ANNO *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE TEORICA *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE PRATICA *

ORE TOTALI 3° ANNO *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE TEORICA *

DI CUI ORE DI FORMAZIONE PRATICA *

di essere iscritto all'Albo professionale o all'Elenco speciale *

NO SÌ

di essere attualmente occupato *

NO SÌ

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 *

NO SÌ

1.5. Esperienza lavorativa

[PAG. PRECEDENTE](#) [SALVA](#) [SALVA E CONTINUA](#)

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1. Anagrafica
- 1.2. Recapito
- 1.3. Chiede
- 1.4. Dichiarazioni
- 1.5. Esperienza Lavorativa
- 1.6. Ulteriori dichiarazioni
- 1.7. Conferma dati

ATTESTAZIONE ESPERIENZA LAVORATIVA

di aver fatto esperienza lavorativa subordinata c/o Enti Pubblici

Indicare *

SI NO

di aver fatto esperienza lavorativa subordinata c/o Enti Privati

Indicare *

SI NO

di aver fatto esperienza lavorativa autonoma

Indicare *

SI NO

ATTENZIONE

- a. Non saranno valutate attestazioni relative ad esperienze lavorative espletate successivamente al 10 febbraio 2011;**
- b. L'attività lavorativa viene valutata soltanto dopo la data di conseguimento del titolo per il quale si richiede l'equivalenza;**
- c. Non può essere considerata "attività lavorativa" la prestazione resa a titolo gratuito o volontario, quella derivante dalla fruizione di una borsa di studio o la prestazione per la quale è previsto unicamente un rimborso spese o forfettari.**

Dopo aver dichiarato di aver svolto attività lavorativa subordinata presso **ENTI PUBBLICI** si attiva il tasto **AGGIUNGI**, utilizzabile per ogni esperienza lavorativa da dichiarare.

di aver fatto esperienza lavorativa subordinata c/o Enti Pubblici

Indicare *

SÌ NO

DURATA COMPLESSIVA ESPERIENZE LAVORATIVE
SUBORDINATE C/O ENTI PUBBLICI - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

Esperienza lavorativa Enti Pubblici

Nessun elemento inserito

 **AGGIUNGI**

Aggiungi: ESPERIENZA LAVORATIVA ENTI PUBBLICI

×

ENTE PUBBLICO *

INDIRIZZO *

COMUNE *

PROFILO PROFESSIONALE *

POSIZIONE FUNZIONALE/CATEGORIA *

QUALIFICA FUNZIONALE/PROFILO *

Tipologia contratto *

TEMPO DETERMINATO TEMPO INDETERMINATO

DATA INIZIO *

 gg/mm/aaaa

DATA FINE *

 gg/mm/aaaa

In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro

Tempo pieno *

NO SÌ

DURATA - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

Tempo parziale *

NO SÌ

NELLA MISURA DI (%) * 

numero

DURATA - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

DURATA COMPLESSIVA - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

AGGIUNGI

ANNULLA

Dopo aver dichiarato di aver svolto attività lavorativa subordinata presso **ENTI PRIVATI** si attiva il tasto **AGGIUNGI**, utilizzabile per ogni esperienza lavorativa da dichiarare.

di aver fatto esperienza lavorativa subordinata c/o Enti Privati

Indicare *

SI NO

DURATA COMPLESSIVA ESPERIENZE LAVORATIVE
SUBORDINATE C/O ENTI PRIVATI - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

Esperienza lavorativa presso Enti Privati

Nessun elemento inserito

 AGGIUNGI

Aggiungi: ESPERIENZA LAVORATIVA PRESSO ENTI PRIVATI

×

ENTE PRIVATO *

INDIRIZZO *

COMUNE *

C.F. ENTE

E/O PARTITA IVA ENTE

C.C.N.L. E SETTORE *

INQUADRAMENTO LIVELLO *

Tempo * 

DETERMINATO INDETERMINATO

QUALIFICA *

MANSIONE

LUOGO DI LAVORO *

ATTIVITÀ SVOLTE *

DATA INIZIO *

 gg/mm/aaaa

DATA TERMINE *

 gg/mm/aaaa

In caso di rinnovi contrattuali a tempo determinato presso lo stesso Ente con medesimo profilo, indicare il periodo complessivo sottraendo dal conteggio il periodo di intervallo tra un contratto e l'altro

DURATA COMPLESSIVA - ANNI *

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

AGGIUNGI

ANNULLA

Dopo aver dichiarato di aver svolto attività lavorativa **AUTONOMA** si attiva il tasto **AGGIUNGI**, utilizzabile per ogni esperienza lavorativa da dichiarare.

di aver fatto esperienza lavorativa autonoma

Indicare *

SI NO

DURATA COMPLESSIVA ESPERIENZE LAVORATIVE AUTONOME - ANNI *


numero

MESI *

- Seleziona una voce -

Esperienza lavorativa Autonoma

Nessun elemento inserito

 **AGGIUNGI**

Aggiungi: ESPERIENZA LAVORATIVA AUTONOMA



Tipologia attività lavorativa *

IMPRESA INDIVIDUALE SOCIO DI SOCIETÀ/COOPERATIVA LIBERO PROFESSIONISTA

PARTITA IVA *

CODICE FISCALE *

DENOMINAZIONE * 

Stato attività *

IN ATTIVITÀ CESSATA ALTRO

CODICE ATTIVITÀ *

INDIRIZZO *

COMUNE *

ATTIVITÀ SVOLTA *

RUOLO RICORPERTO *

DATA INIZIO *

 gg/mm/aaaa

DATA TERMINE

 gg/mm/aaaa

DURATA COMPLESSIVA - ANNI * 

numero

MESI *

- Seleziona una voce -

AGGIUNGI

ANNULLA

1.6. Ulteriori dichiarazioni

PAG. PRECEDENTE SALVA SALVA E CONTINUA

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1. Anagrafica
- 1.2. Recapito
- 1.3. Chiede
- 1.4. Dichiarazioni
- 1.5. Esperienza Lavorativa
- 1.6. Ulteriori dichiarazioni
- 1.7. Conferma dati

di essere in possesso di ulteriori titoli di studio rispetto al titolo di cui chiede l'equivalenza

Indicare *

SI NO

DICHIARA inoltre di aver preso visione che la presente istanza verrà esaminata nel rispetto delle tempistiche indicate all'art. 1 dell'Avviso pubblico unico nonché nel rispetto di quanto indicato al riguardo all'art. 10, comma 5.

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..

PRESA VISIONE *

Tattamento dei dati personali

Clicca [qui](#) per vedere il documento sul trattamento dei dati personali.

PRESA VISIONE *

1.7. Conferma dati

✔ **Dati salvati correttamente** PAG. PRECEDENTE

Chiudi compilazione

Conferma i dati di questa sezione e procedi completando il percorso fino al TRASMETTI finale

CONFERMA I DATI

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1. Anagrafica
- 1.2. Recapito
- 1.3. Chiede
- 1.4. Dichiarazioni
- 1.5. Esperienza Lavorativa
- 1.6. Ulteriori dichiarazioni
- 1.7. Conferma dati

3.2. Allegati

Dopo aver compilato tutte la pagine è possibile inserire gli allegati richiesti dall'Avviso

Compila dati

DATI ISTANZA

Visualizza DATI

Inserisci ALLEGATI

AZIONI

SEZIONE N. 509890

Puoi caricare files per un massimo di **40Mb**

	Copia del titolo autentica e conforme all'originale	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	Copia del programma del corso	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	Copia in carta semplice di un valido documento d'identità personale	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	Documentazione comprovante attività lavorativa svolta (pubblico, privato, lavoro autonomo ...)	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	ALLEGATO C-2 Elenco documenti attestanti l'attività lavorativa privata	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	ALLEGATO E - Marca da bollo	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				
	Altra documentazione	FORMATO FILE: PDF	0 Caricati	CARICA
<i>Hai caricato 0,00 Mb</i>				

Carica sempre i documenti evidenziati in giallo e carica gli altri documenti obbligatori se pertinenti al caso.

NB: non devono essere allegati certificati o attestati di frequenza relativi a corsi di aggiornamento e/o corsi di formazione continua (ECM) per il conseguimento dei crediti formativi, altri titoli specialistici o master, partecipazione a corsi liberi, né i curriculum vitae, in quanto non

costituiscono oggetto di valutazione. Qualora allegati, non verranno presi in considerazione. (vedi articolo 10 comma 10 "Domanda per il riconoscimento del titolo" dell'Avviso pubblico)

[PAG. PRECEDENTE](#)

PAGINE DA COMPILARE:

- 1.1 Inserisci allegati
- 1.2 Conferma dati

Conferma allegati

L'inserimento degli allegati è terminato. Prima di confermare , controlla di aver inserito tutto correttamente.

[CONFERMA](#)

3.3. Sottoscrizione ed invio della domanda

Dopo aver compilato e confermato i dati inseriti nelle videate che compongono il sistema e aver successivamente allegato la documentazione obbligatoria, l'istanza può essere sottoscritta e inoltrata cliccando nell'ultima videata sul tasto Convalida e trasmetti. A comprova dell'avvenuta trasmissione della domanda, il sistema invierà una notifica via messaggio di posta elettronica.

[SERVE AIUTO](#)



```
graph LR; A[Compila] --> B[prosegui]; B --> C[Controlla]; C --> D[Convalida e Trasmetti]
```

Compila dati

DATI ISTANZA

SEZIONE N. 509796

[Visualizza DATI](#)


[Visualizza ALLEGATI](#)

AZIONI

Creato da me: 10/07/2023 11:09:33 | Modificato da me: 10/07/2023 12:00:56

Istanza in compilazione: 479002
Ultima operazione: lunedì 10 luglio 2023 12:02:16

[SERVE AIUTO](#)



```
graph LR; A[Compila] --> B[Controlla]; B --> C[prosegui]; C --> D[Convalida e Trasmetti]
```

Controlla

Prima di confermare i dati , assicurati di aver inserito tutto correttamente tramite la funzione

[VISUALIZZA I DATI](#)

Consulta i documenti caricati:

Allegati a Dati Istanza n. 509796 4

[CONFERMA DATI](#)



Istanza in compilazione: 479002

Ultima operazione: lunedì 10 luglio 2023 12:02:43

SERVE AIUTO



Compila



Controlla



Convalida e Trasmetti

Convalida e trasmetti

Cliccando sul tasto "Convalida e trasmetti" l'istanza si considera presentata per via telematica all'Amministrazione competente ai sensi dell'articolo 65, comma 1, lett. b) del Codice dell'Amministrazione digitale (D.Lgs. n. 82/2005). Dopo la sottoscrizione e la trasmissione, potrai trovare la tua istanza nella sezione "Istanze trasmesse"

Inserisci un indirizzo e-mail dove ricevere la ricevuta di trasmissione relativa all'atto che stai per sottoscrivere e trasmettere

LA TUA EMAIL:



CONVALIDA E TRASMETTI



Trasmissione effettuata con successo

L'istanza è stata presentata all'Amministrazione competente.

La ricevuta ti sarà inoltrata via e-mail.

Gli estremi di protocollazione saranno disponibili su questo sito dopo la registrazione dell'istanza.

Ok

NOTA INFORMATIVA

Copia di quanto trasmesso è successivamente reperibile nella sezione **Istanze trasmesse**.