



**Consolato Generale d'Italia
Edimburgo**

**RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DEL SERVIZIO
SANITARIO SVOLTO ALL'ESTERO**
***Application for the Endorsement of the
employment as healthcare professional abroad***

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni (Art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

**Al/To Consolato Generale d'Italia
Ufficio Titoli di Studio
e-mail: edimburgo.scuole@esteri.it**

Il sottoscritto _____
The undersigned _____ *Nome e Cognome (Name and Surname)*

nato a _____ il _____ (gg/mm/aaaa)
born in _____ *(place of birth - town or city)* *on* _____ *(date of birth)* *(dd/mm/yyyy)*

residente a _____ in Via/Piazza _____
residing in _____ *(town or city, country and full postcode)* *in* _____ *(House/Flat no. and Street)*

Tel _____ e-mail _____
Tel. no. _____ *e-mail address*

cittadino italiano di Paese UE (specificare) _____
Italian national EU national (specify)

in possesso del documento di identità _____
holder of ID _____ *Passaporto/Carta d'Identita'/Altro (Passport/ ID card / other)*

n° _____ rilasciato da _____ il _____
no. _____ *issued by* _____ *(please specify issuing authority)* *on* _____

avendo svolto servizio sanitario nella circoscrizione consolare di Edimburgo, presso:
having been employed as a healthcare professional in the Edinburgh consular district at:

volendo ottenere in Italia il riconoscimento del Servizio Sanitario all'estero,
seeking to obtain the recognition in Italy of the employment abroad as healthcare professional,

CHIEDE / requests:

la validazione della documentazione attestante il servizio sanitario prestato nella circoscrizione consolare.
the endorsement of those documents certifying the applicant's employment as healthcare professional in the Consular district.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati personali riguardante i servizi consolari, ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679. Acconsente inoltre che il Consolato Generale d'Italia a Edimburgo condivida il contenuto della domanda ai soli fini di verifica.

I hereby confirm that I have read the information relating to personal data protection with regards to consular services, in compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR) (UE) 2016/679. I furthermore give my consent to the Consulate General of Italy in Edinburgh to disclose the content of the application for the only purpose of verification.

_____, _____
Luogo (Place) _____ *data (date) (dd/mm/yyyy)*

Firma del richiedente / Applicant's signature

LISTA DEI DOCUMENTI ALLEGATI / CHECKLIST OF THE DOCUMENTS ATTACHED

La domanda va inviata esclusivamente via posta elettronica (edimburgo.scuole@esteri.it) indicando nell'oggetto "Riconoscimento del Servizio Sanitario" **(domande incomplete non potranno essere processate)**

The application must be sent exclusively per e-mail (edimburgo.scuole@esteri.it) with "Riconoscimento del Servizio Sanitario" in the subject line (incomplete applications will not be processed)

1. Fotocopia di un documento di identità valido, italiano o di un Paese UE / *copy of an Italian or EU Country valid identity document*
2. File .pdf della certificazione di impiego rilasciata dalla struttura sanitaria in cui è stato prestato servizio, completa di tutti i dati richiesti (si vedano istruzioni [QUI](#)) / *.pdf file of the employment certificate, issued by the relevant healthcare providing institution, complete with all the required information (see details [HERE](#));*
3. Traduzione in lingua italiana della certificazione d'impiego completa in ogni sua parte e in formato modificabile (.doc o simile) / *.doc or similar format (editable) file of the translation into Italian language of the complete employment certificate.*