

Allegato 1. Modulo richiesta valutazione

Al Presidente dell'Ordine Interprovinciale  
della professione sanitaria di Fisioterapista  
di Bologna e Ferrara  
Galleria Ugo Bassi, 1 40121 Bologna

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a

Nazione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CAP

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ CAP

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ e-mail

### CHIEDE

di sostenere l'esame per l'accertamento delle conoscenze della lingua italiana e  
delle disposizioni sulla professione

DICHIARA Ai sensi del DPR 28/12/2000 n.445 (barrare solo le caselle che interessano)

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente Codice Fiscale \_\_\_\_\_

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito in data \_\_\_\_\_ con  
votazione \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

di essere in possesso del Decreto di Riconoscimento del titolo di studio estero abilitante  
rilasciato dal Ministero della Salute il \_\_\_\_\_ numero di  
protocollo \_\_\_\_\_

- di non aver sostenuto presso altro Ordine dei Fisioterapisti l'esame sulla buona conoscenza della lingua italiana
- di aver già sostenuto con esito negativo, presso l'Ordine dei Fisioterapisti di \_\_\_\_\_ l'esame di lingua italiana in data \_\_\_\_\_
- di volersi iscrivere all 'Ordine della professione sanitaria di Fisioterapista di Bologna e Ferrara
- di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno o carta di soggiorno rilasciato/a il \_\_\_\_\_

### DICHIARA

di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

### RICHIEDE

l'inoltro delle comunicazioni prodotte dalla presente domanda all'indirizzo e-mail seguente:

\_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DELLA PROCEDURA  
OPERATIVA**

**“ACCERTAMENTO CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA E DELLE  
DISPOSIZIONI SULLA PROFESSIONE”**

Il/La

sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a

a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente

a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- 1) Di aver preso visione della procedura operativa;
- 2) Di accettarla in ogni sua parte;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\* Informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 \*\*\*\*\***

Ai sensi del art. 13 del Reg. UE 2016/679, ORDINE INTERPROVINCIALE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA DI BOLOGNA E FERRARA, in qualità di Titolare del Trattamento, informa che il trattamento dei Vs. dati personali sarà effettuato al fine di attivare l'istruttoria per dar seguito alla sua richiesta e per la gestione di ogni altro adempimento di legge. Ai sensi dell'art. 6 del citato regolamento, per il trattamento dei dati per le finalità indicate non è necessario il consenso in quanto necessario per adempiere a un obbligo di legge (D.M. Salute 13 marzo 2018) e per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico. Il conferimento è obbligatorio, e in caso di rifiuto non potrà essere valutata la richiesta. I dati potranno essere comunicati ad altri enti pubblici in relazione ai quali è previsto l'obbligo di comunicazione, e a professionisti che prestano consulenza a favore dell'ordine. I dati (nome, cognome, luogo e data di nascita), inoltre, potranno essere oggetto di diffusione mediante pubblicazione sul sito dell'Ordine. Il trattamento sarà effettuato con strumenti cartacei ed elettronici. Il periodo di conservazione dei dati è illimitato. È comunque Vs. facoltà esercitare tutti i diritti previsti dagli artt. 15-22 del citato regolamento.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver letto e compreso l'informativa ex art. 13 Reg. UE 2016/679 relativa al trattamento dei propri dati personali.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato 2. Modulo di convocazione

Spett.le \_\_\_\_\_

**Oggetto: Convocazione per accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle disposizioni sulla professione**

Nel merito della Sua richiesta pervenuta in data \_\_\_\_\_ a mezzo e-mail all'indirizzo [bolognaferrara.ofi@fnofi.it](mailto:bolognaferrara.ofi@fnofi.it) di sostenere gli esami per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle disposizioni sulla professione (PROT. N \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_),  
vista la firma per presa visione e accettazione della procedura operativa,

si comunica che la Circolare del Ministero della Sanità DPS/III/L.40/00-1259 del 12 aprile 2000, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Ufficio III, avente per oggetto "Cittadini stranieri comunitari. Riconoscimento titoli professionali dell'area sanitaria conseguiti all'estero. Autorizzazione all'esercizio professionale" mette in capo all'OFI territorialmente competente l'accertamento delle conoscenze della lingua italiana e delle disposizioni sulla professione.

In ottemperanza a quanto disposto dalla suddetta circolare, la S.V. è convocata per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
per sostenere la prova prevista.

Cordiali Saluti

Il Presidente  
Dott. Vincenzo Manigrasso

Allegato 3. Verbale d'esame

PROT. N. XXX

**ESAME DI ACCERTAMENTO DELLA CONOSCENZA DELLA  
LINGUA ITALIANA E DELLE DISPOSIZIONI SULLA PROFESSIONE**

**VERBALE N. X/2023 del X/X/2023**

Il giorno ..... alle ore.....nella sede .....  
si svolge la prova di valutazione linguistica del candidato  
.....(cognome).....(nome), nato il  
.....a.....e residente a .....  
Come da convocazione trasmessa in data.....

La commissione d'esame è così composta:

- componente interno ..... (carica)..... (nome e cognome)
- componente interno.....(carica).....(nome e cognome)
- componente interno .....(carica).....(nome e cognome)

Il Presidente della commissione è .....

L'esame inizia con l'identificazione del candidato visionando il documento n°:  
.....tipologia.....  
(carta identità/passaporto)

L'esaminatore..... legge le istruzioni operative al candidato, i  
contenuti e la tipologia di prove, le tempistiche di svolgimento e i relativi punteggi.  
Il candidato dichiara di aver compreso.

L'esame prende avvio alle ore.....

Prima prova

Si procede con la lettura della consegna della prima prova.

Svolgimento:

La prima prova è stata svolta in.....minuti.

Seconda prova

Si procede con la lettura della consegna della seconda prova.

Svolgimento:

La seconda prova è stata svolta in.....minuti.

Terza prova

Si procede con la lettura della consegna della terza prova.

Svolgimento:

La prova è stata svolta in.....minuti.

La commissione si ritira per la correzione della prova e per la definizione del punteggio totale.

Punteggio prima prova:

Punteggio seconda prova:

Punteggio terza prova:

Punteggio totale:

La commissione convoca il candidato comunicando l'esito positivo/negativo della prova e il suo superamento/non superamento con punteggio pari a .../30.

La prova d'esame si conclude alle ore.....

Data.....

Il commissario verbalizzante