**Dipartimento per gli Affari Europei***Ufficio per il mercato interno e la competitività*

*Servizio mercato interno, attuazione e monitoraggio
Centro assistenza per il riconoscimento delle qualifiche professionali*

*centroassistenzaqualifiche@affarieuropei.it*

**Modulo di richiesta per informazioni relative al riconoscimento delle qualifiche professionali**

Il modulo è rivolto a coloro ch**e intendono esercitare una professione in uno Stato diverso** da quello in cui hanno acquisito la propria qualifica professionale (titolo di formazione, attestato di competenza e/o esperienza professionale).

Per **informazioni** di dettaglio sul **servizio offerto dal Centro di assistenza** [cliccare qui](https://www.affarieuropei.gov.it/it/attivita/centro-di-assistenza-per-il-riconoscimento-delle-qualifiche-professionali/)

**A -Dati del richiedente**

**Nome­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stato di origine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **se impresa, si prega di specificare*:***

**Nome dell’impresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stato in cui è ubicata la sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Per eventuali richieste di chiarimenti comunicare il proprio numero di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**e indirizzo email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**B-Informazioni sulla professione per la quale si è qualificati**

**Professione esercitata nello Stato di origine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stato presso il quale si desidera esercitare la professione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Titolo di formazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stato che ha rilasciato la qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero di anni di esercizio della professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**C-Oggetto della richiesta di assistenza**

**Per informazioni sullo stato della procedura di riconoscimento già presentata rivolgersi all’Autorità competente. Per l’ elenco delle Autorità competenti** [**cliccare qui**](http://www.impresainungiorno.gov.it/web/l-impresa-e-l-europa/elenco-professioni-regolamentate?p_auth=yOpT8WuD&p_p_id=PSCTabellaSearchAndView_WAR_pscprofessioniportlet_INSTANCE_in31dqw35HIz&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_PSCTabellaSearchAndView_WAR_pscprofessioniportlet_INSTANCE_in31dqw35HIz_javax.portlet.action=search)

**Selezionare dall’elenco le informazioni che si possono richiedere al Centro di assistenza**:

☐Qual è **l’Autorità Competente** per il **riconoscimento** della qualifica professionale posseduta.

☐ Qual è la **procedura** da seguire per ottenere il **riconoscimento della qualifica professionale**.

☐ Qual è **l’Autorità Competente** per l’**esercizio temporaneo e occasionale** della professione**.**

☐ Qual è la **procedura** da seguire per l’**esercizio temporaneo e occasionale** della professione.

☐ Come posso ottenere la **Tessera Professionale Europea**-EPC, sono:

**farmacista** ☐ **- infermiere**☐ - **fisioterapista** ☐ - **agente immobiliare** ☐ -  **guida alpina** ☐

☐ Quale è l’Autorità competente preposta a rilasciare certificati specifici richiesti dallo Stato ospitante\***(es. attestato di conformità, certificato di onorabilità professionale).**

*\*Stato in cui intende esercitare la professione, diverso dallo Stato di origine*

☐ **Altro**:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**D- Dettagliare i motivi della richiesta**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEMPI DI RISPOSTA**

Il Centro di assistenza risponde esclusivamente alle richieste inviate tramite il presente modulo entro **30 giorni lavorativi** dalla ricezione dello stesso che deve essere trasmesso via mail al seguente indirizzo: centroassistenzaqualifiche@affarieuropei.it

In caso di esigenza di integrazioni o di chiarimenti su quanto riportato nel modulo oppure nel caso in cui la richiesta è particolarmente complessa e necessita di un approfondimento di istruttoria, il Centro comunica la nuova scadenza **entro 15 giorni dal ricevimento del modulo**.

☐ Autorizzo il trattamento dei dati personali presenti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento UE 2016/679e sono informato che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_