



Compilato dalla SEFRI:	No del dossier:	Permentuo alla SEFRI il:
------------------------	-----------------	--------------------------

Ottenimento retroattivo del titolo di una scuola universitaria professionale

- “ergoterapista diplomata”
- “dietista diplomata”
- “levatrice diplomata”
- “fisioterapista diplomata”

Compilare il modulo (PC, macchina da scrivere oppure a mano in stampatello) senza dimenticare di apporre data e firma.

Signora Signor / COGNOME / nome

Via / Nr.	Telefono ufficio
Casella postale	Cellulare
NPA / località	E-mail
Data di nascita	Luogo d'origine / Stato
Data	Firma

Tassa (contrassegnare ciò che fa al caso)

- A) Desidero **soltanto la decisione in merito** al titolo SUP Con la domanda provvedere al versamento di: Fr. 150.-
- B) Desidero **in aggiunta il Diploma Supplement** ¹ Con la domanda provvedere al versamento di: + Fr. 25.-
- C) Desidero **in aggiunta un attestato di diploma** Con la domanda provvedere al versamento di: + Fr. 25.-

		Documenti	Osservazioni (lasciare in bianco)
Scuola frequentata			
Denominazione odierna della scuola			
Denominazione del			

¹ Questo supplemento al diploma è rilasciato in lingua inglese ed è stato creato sulla base del modello sviluppato dalla Commissione europea, dal Consiglio d'Europa e dall'UNESCO/CEPES. Con l'addenda al diploma si persegue l'obiettivo di includere in maniera dettagliata dati indipendenti, al fine di veicolare “trasparenza” a livello internazionale e rendere più semplice il riconoscimento accademico e professionale delle qualifiche (diplomi, titoli, certificati ecc.).

ciclo di studio			
Diploma e Certificato di riconoscimento CRS (denominazione esatta del titolo)		<input type="checkbox"/> Originale <input type="checkbox"/> copia autenticata del diploma	
Data del termine degli studi:			
Pratica professionale successiva al 01.06.2001 Datore di lavoro, località		<input type="checkbox"/> Originali <input type="checkbox"/> copie autentiche dei certificati e/o degli attestati di lavoro	
In quale funzione?			
Durata (in mesi) e grado d'occupazione (in %)		Presentazione sotto forma di elenco e indicazione del totale	
Corso post-diploma, livello universitario, settore sanitario Titolo		<input type="checkbox"/> Originale <input type="checkbox"/> copia autenticata del Diploma o del Certificato	
Istituto presso il quale è stato superato il corso post-diploma			
Durata (almeno 200 Lezioni oppure 10 ECTS , deve essere attestato sul titolo)			
Documento d'identità Carta d'identità o passaporto		<input type="checkbox"/> copia	

La domanda deve essere inviata all'indirizzo seguente:

Segretaria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione SEFRI
Unità Procedure di ricorso e questioni giuridiche / **ORT-SUP**
Einsteinstrasse 2
3003 Berna

(bolletino di pagamento con codice QR)

Ricevuta

Conto / Pagabile a
CH11 0900 0000 3051 0588 2
Segreteria di Stato per la form., la ricerca e
l'innovazione SEFRI
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Pagabile da (nome/indirizzo)

Valuta Importo
CHF

Punto di accettazione

Sezione pagamento



Valuta Importo
CHF

Conto / Pagabile a

CH11 0900 0000 3051 0588 2
Segreteria di Stato per la form., la ricerca e
l'innovazione SEFRI
Einsteinstrasse 2
3003 Bern

Informazioni supplementari

NTE

Pagabile da (nome/indirizzo)

CHF

Maggio 2024/mh