



Compilato dalla SEFRI:

N. di dossier:

Ricezione SEFRI:

## Ottenimento retroattivo del titolo di una scuola universitaria professionale

- infermiere/infermiera
- cure infermieristiche di livello II
- infermiere/a in cure generali
- infermiere/a in psichiatria
- infermiere/a in igiene materna e pediatria
- infermiere/a a domicilio
- infermiere/a in cure integrate
- infermiere/a della scuola di infermeria di Sarnen, Sarner Schwestern, con la formazione complementare in cure ambulatoriali

Compilare il modulo (al computer oppure a mano, in stampatello) apponendo data e firma.

Signora  Signor

**COGNOME**

**Nome**

Via / n.

Telefono ufficio

Casella  
postale

Cellulare

NPA / località

E-mail

Data di  
nascita

Luogo di  
attinenza / Stato

**Data**

**Firma**

La **decisione** è il documento legalmente valido. Il richiedente ha la possibilità di richiedere **in aggiunta** un *Diploma Supplement* e/o un attestato di diploma (barrare la casella corrispondente).

- A) **Desidero soltanto la decisione** Da pagare con la domanda: Fr. 310.-
- B) **Desidero in aggiunta il Diploma Supplement** Da pagare con la domanda: + Fr. 25.-
- C) **Desidero in aggiunta l'attestato di diploma** Da pagare con la domanda: + Fr. 25.-

## Documenti da allegare alla domanda (obbligatori)

**Nota bene:** la **SEFRI** declina ogni responsabilità in caso di danneggiamento o smarrimento dei documenti originali.

1. **Originale** o **copia autenticata del diploma / dell'attestato**, più un'ulteriore copia dello stesso;
2. **Originale** o **copia autenticata della formazione complementare o del diploma complementare**, più un'ulteriore copia; (*non vale per chi non può attestare quanto previsto all'art. 1a cpv. 3*);
3. **Originali** o **copie autenticate dei certificati di lavoro** con indicazione delle **attività** e del **grado d'occupazione**, più un'ulteriore copia di ognuno;
4. **Originale** o **copia autenticata del corso postdiploma di livello universitario o di un'altra formazione continua equivalente**, nonché un'ulteriore copia (vale soltanto per chi ha svolto una formazione complementare di cui all'art. 1a cpv. 1 lett. b n. 4 – 7);
5. **Originale** o **copia autenticata** di al massimo **due corsi postdiploma di livello universitario o di al massimo altre due formazioni continue equivalenti**, nonché un'ulteriore copia (vale solo per chi *non* può attestare quanto previsto all'art. 1a cpv. 1 lett. b);
6. Copia della **carta d'identità** o del **passaporto**;
7. Copia della **ricevuta di pagamento** della tassa amministrativa.

Art. 1a cpv. 1 lett. a;

**DIPLOMA ORIGINALE SVIZZERO RICONOSCIUTO DALLA CRS:**

Nome dell'istituto di formazione (scuola)

Ciclo di studio

Qualifica / Titolo

Data di conclusione degli studi

Art. 1a cpv. 1 lett. b; (*non vale per chi può attestare quanto previsto all'art. 1a cpv. 3*)

**FORMAZIONE COMPLEMENTARE O DIPLOMA COMPLEMENTARE**

Numero secondo art. 1a cpv. 1 lett. b del foglio informativo / dell'ordinanza

Qualifica / Titolo

Nome dell'istituto di formazione (scuola)

Art. 1a cpv. 1 lett. c;

**PRATICA PROFESSIONALE RICONOSCIUTA ESERCITATA DOPO IL 1° GIUGNO 2001**

Datore di lavoro, luogo

Funzione / Grado di occupazione

Durata, p. es.  
(01.11.11 – 30.09.14)

a)

b)

Art. 1a cpv. 2; (*vale soltanto per chi può attestare quanto previsto dall'art. 1a cpv. 1 lett. b n. 4 – 7*);

**CORSO POST-DIPLOMA DI LIV. UNIVERSITARIO O FORMAZ. EQUIVALENTE, MIN. 10 ECTS  
(SOLO PER CHI HA SVOLTO UNA FORMAZIONE COMPLEMENTARE DI CUI AI N. 4 – 7)**

Istituto, scuola universitaria

Qualifica / Titolo

Durata / ECTS (devono essere attestati)

Art. 1a cpv. 3; (*vale soltanto per chi non può attestare quanto previsto all'art. 1a cpv. 1 lett. b n. 1 – 7*)

**MAX. 2 CORSI POST-DIPLOMA DI LIV. UNIV. O 2 FORMAZIONI EQUIVALENTI, MIN. 20 ECTS  
(SOLO PER CHI NON HA SVOLTO UNA FORMAZIONE COMPLEMENTARE)**

Istituto, scuola universitaria

Qualifica / Titolo

Durata / ECTS (devono essere attestati)

Istituto, scuola universitaria

Qualifica / Titolo

Durata / ECTS (devono essere attestati)

## Indirizzo per l'invio del dossier completo

Segreteria di Stato per la formazione,  
la ricerca e l'innovazione SEFRI  
Procedure di ricorso e questioni giuridiche / **ORT Cure infermieristiche**  
Einsteinstrasse 2  
3003 Berna

## Il versamento della tassa può anche avvenire per via elettronica:

Numero IBAN: CH11 0900 0000 3051 0588 2 (ORT Cure infermieristiche)

### 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)