



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

Compilare il modulo (PC, macchina da scrivere 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) **Decisione** Da pagare con la domanda: Fr. 150.-
- B) Desidero **in aggiunta** un **Diploma Supplement** Da pagare con la domanda: + Fr. 25.-
- C) Desidero **in aggiunta** un **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. Copia originale o **copia autenticata del diploma / dell'attestato**;
2. Copia originale o **copia autenticata della formazione complementare o del diploma complementare** (v. lett. b del foglio informativo);
3. Copie originali o **copie autenticate dei certificati di lavoro** con indicazione delle **attività** e del **grado d'occupazione**;
4. attestazione originale oppure in **copia autenticata della frequentazione di un corso post-diploma di livello universitario** (solo per chi ha svolto una formazione complementare di cui ai numeri da 4 a 15 – v. lett. b del foglio informativo);
5. Copia della carta d'identità o del passaporto;
6. Copia della **ricevuta di pagamento** della tassa.

1. FORMAZIONE PROFESSIONALE

Nome dell'istituto di formazione (scuola)	
Ciclo di studio	
Qualifica / Titolo	
Data di conclusione degli studi	

2. FORMAZIONE COMPLEMENTARE O DIPLOMA COMPLEMENTARE SECONDO LA LETTERA B DEL FOGLIO INFORMATIVO

Numero sec. lett. b	
Qualifica / Titolo	
Nome dell'istituto di formazione (scuola)	

3. ATTIVITÀ PROFESSIONALE DOPO IL 1° GIUGNO 2001

Datore di lavoro, località	Funzione / grado d'occupazione	Durata d'impiego p. es. (01.11.02-30.09.05)
a)		
b)		
c)		

4. CORSO POST-DIPLOMA DI LIVELLO UNIVERSITARIO NEL CAMPO DELLA SANITÀ (SOLO PER I TITOLARI DI UNA FORMAZIONE COMPLEMENTARE DI CUI AI NUMERI DA 4 A 15. - V. LETT. B DEL FOGLIO INFORMATIVO)

Istituto, scuola universitaria	
Qualifica / Titolo	
Durata	

Occorre comprovare almeno **200 lezioni o 10 punti di credito ECTS**

Indirizzo per l'invio del dossier completo:

Segreteria di Stato per la formazione,
la ricerca e l'innovazione SEFRI
Riconoscimento dei diplomi / ORT-SUP
Einsteinstrasse 2
3003 Berna

Il versamento della tassa può anche avvenire per via elettronica:

Conto corrente postale: 30-510588-2 (causale: ORT S)
Numero IBAN: CH11 0900 0000 3051 0588 2

Maggio 2024/mh