Modulo - Domanda di ottenimento del diploma senza dover sostenere l’esame di esperta/esperto in

consulenza diabetologica EPS

cure oncologiche EPS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1) Richiedente** | | | | | | |
| Libero professionista | sì  no | | Doc. n.        Conferma dell’autorizzazione all’esercizio della professione        Prova dell’appartenenza a un network | | | |
| Sig.ra | Sig. | | | | | |
| Nome |  | Cognome | |  | | |
| Data di nascita |  | Luogo di attinenza (incl. Cantone) | |  | | |
| Cittadinanza |  | | | | | |
| Numero AVS |  | | | | | |
| Indirizzo |  | | | | | |
| NPA |  | Località (incl. Cantone) | |  | Paese |  |
| Tel. privato |  | Tel. lavoro | |  | | |
| Mobile |  | E-mail | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2) Certificato dell’Associazione professionale svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) in cure infermieristiche di livello 1, con specializzazione in consulenza diabetologica o cure oncologiche** | |
| Data dell’ottenimento del certificato |  |
| Doc. n.[[1]](#footnote-1) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3) Esperienza professionale secondo il regolamento d’esame, art. 9.11 e le direttive, art. 8.1 «**Al momento della presentazione della domanda, il candidato deve dimostrare di possedere l’esperienza professionale richiesta nel campo di specializzazione oggetto della domanda. Questa equivale ad almeno tre anni di attività professionale con un grado di occupazione dell’80%. Se il grado di occupazione è inferiore, il numero degli anni necessari di esperienza professionale aumenta in proporzione. Sono ammesse le interruzioni nell’attività professionale. Un anno deve essere un periodo ininterrotto di impiego o di comprovata attività ininterrotta di libera professione nella consulenza sul diabete. Questo anno non deve essere trascorso da più di 5 anni al momento della presentazione della domanda. Sono ammesse anche interruzioni dell'attività professionale”. | | | | | |
| Datori di lavoro (iniziare da quello attuale) | Funzione professionale e attività nel campo di specializzazione specifico | dal | al | Percentuale di occupazione | N. doc.[[2]](#footnote-2) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4) Osservazioni della richiedente/del richiedente** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5) Costi e condizioni di pagamento** | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Informazioni sul pagamento** |  | | **Importo** | CHF 200.- (50.- CHF compresa la tassa di registrazione SEFRI) | | **Condizioni** | Dopo ricezione della domanda, EPSanté invierà per e-mail una fattura con il relativo importo.  La domanda sarà evasa solo dopo il pagamento dell’importo. | | **Scadenza per la domanda** | Entro cinque anni dallo svolgimento del primo esame (data di riferimento/timbro postale: 31 maggio 2028) | | | | |
|  | | | |
| Con la Sua firma si dichiara d’accordo sul punto 5.  La/il richiedente conferma che i documenti inoltrati corrispondono agli originali e che i dati forniti sono veritieri.  La commissione per la garanzia della qualità si riserva il diritto, se necessario, di richiedere documenti aggiuntivi. | | | |
| Luogo |  | Data |  |
| Firma |  |  |  |

Inviare il presente modulo (compresi gli allegati) come segue:

* in un unico documento pdf per e-mail a [info@epsante.ch](mailto:info@epsante.ch)

1. Il numero del documento deve essere indicato sulla relativa pagina. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nota bene: Nei certificati di lavoro deve essere citato espressamente almeno il campo di attività (consulenza diabetologica o cure oncologiche) e i documenti devono essere firmati.   
    [↑](#footnote-ref-2)