Formulario di domanda d’equivalenza dei singoli moduli per l'ammissione all’esame professionale di coordinatrice/coordinatore in medicina ambulatoriale

**Domanda**

Secondo le direttive per la valutazione dell’equivalenza dei prestatari di formazione per l’ammissione all’esame professionale di coordinatrice/coordinatore in medicina ambulatoriale, faccio domanda di riconoscimento d’equivalenza per le prestazioni di formazione seguenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Chronic Care Management I |  | Malattie del SNC |
|  | Chronic Care Management II |  | Trattamento delle ferite |
|  | Gestione della qualità |  | Gestione dello studio medico |
|  | Diabete |  | Gestione del personale |
|  | Malattie reumatiche |  | Contabilità |
|  | Malattie polmonari |  | Informatica |
|  | Malattie coronariche |  | Ricondizionamento dei dispositivi medici |

**Informazioni personali**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome |  |
| Data di nascita |  |
| N° AVS |  |
| Attinenza |  |
| Via, numero civico |  |
| Codice d’avviamento postale |  |
| Lugo |  |
| N° di telefono, email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Certificato di fine studi |  |
| Attività professionale attuale |  |
| Datore di lavoro attuale |  |
| Indirizzo del datore di lavoro |  |

**Allegare alla domanda:**

* Descrizione del percorso formativo e dell’esperienza professionale
* Un formulario per modulo «prove delle prestazioni di formazione acquisite» con gli allegati richiesti (vedi direttive per la valutazione dell’equivalenza delle prestazioni di formazione e validazione dei moduli)
* Copia della ricevuta del pagamento della tariffa della domanda di equivalenza delle prestazioni di formazione. Le spese amministrative ammontano a CHF 200.00 per modulo e sono da versare in anticipo, con la comunicazione “domanda di equivalenza” sul conto:

Credit Suisse 3001 Berna, IBAN CH82 0483 5032 2659 6100 0, beneficiario OdA Berufsprüfung 3001 Berna

**Dichiarazione di conformità**

Il sottoscritto certifica di aver fornito le prove di prestazione della formazione nella loro

integrità, che sono autentiche e complete con l’insieme degli allegati richiesti

Certifico di aver acquisito personalmente per ogni modulo insegnato le rispettive

competenze.

**Allegati** (elencare)

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

Compilare il formulario, stamparlo e ritornarlo debitamente firmato assieme agli allegati al seguente indirizzo

Oml formazione professionale ASM, casella postale 6432, 3001 Berna.

Luogo, data :

Firma: