Inscrizione all’esame professionale II/2024 – 26 e 27 novembre 2024

# Coordinatrice / Coordinatore in medicina ambulatoriale

Compilate il modulo e inviatelo via e-mail a [info@odamed.ch](mailto:info@odamed.ch). Stare il documento e inviarlo per posta raccomandata, debitamente firmato con copia degli allegati richiesti all’ indirizzo sotto riportato:

Oml formazione professionale ASM - odamed  
Hinterbergweg 6  
4153 Reinach

**Termine di registrazione: 25 ottobre 2023**

Numerare gli allegati e inserire i numeri qui sotto. Il timbro postale del dossier è determinante per il rispetto della scadenza; l'invio per e-mail non ha l'effetto di rispettare la scadenza.

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo: | Lingua d'esame: |
| Wählen Sie ein Element aus.   2° soggetto | Wählen Sie ein Element aus. |
| Ripetente: | Ultimo esame (data): |
| Wählen Sie ein Element aus. |  |

## Dati personali

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome \* |  |
| Nome \* |  |
| Data di nascita |  |
| Numero AVS |  |
| Attinenza con cantone |  |
| Via, numero |  |
| CAP / domicilio, cantone |  |
| Numero di telefono |  |
| E-mail |  |

\* Allegare una copia del passaporto o della carta d’identità e una fotografia.

## Formazione professionale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Allegato nr. |
| Attestato professionale 1 \* |  |  |
| Data, istituto scolastico \*\* |  |  |
| Attestato professionale 2 \* |  |  |
| Data, istituto scolastico \*\* |  |  |
| Attestato professionale 3 \* |  |  |
| Data, istituto scolastico \*\* |  |  |
| Attestato professionale 4 \* |  |  |
| Data, istituto scolastico \*\* |  |  |
| Attestato professionale 5 \* |  |  |
| Data, istituto scolastico \*\* |  |  |
| Expérience professionnelle \*\*\* |  |  |

\* Indicare in ordine cronologico agli attestati di formazione professionale iniziale (apprendistato), maturità liceale, maturità professionale, diploma di scuola secondaria, titolo di scuola professionale superiore, esame professionale ed esame professionale superiore, laurea politecnico o universitaria, post-qualifica di tutti i livelli.

\*\* Data dell’attestato, Istituto di formazione. Allegare le copia degli attestati.

\*\*\* Allegare il CV (curriculum vitae), che descrive il vostro percorso professionale con i relativi certificati di lavoro.

## Qualificazione professionale interna

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Allegato nr. |
| Data del corso, prestatario \* |  |  |

\* Allegare copia dell’attestato del corso.

## Moduli seguiti per l’esame professionale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Allegato nr. |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Gestione della qualità \* |  |  |
| Diabete \* |  |  |
| Malattie reumatiche \* |  |  |
| Malattie polmonari \* |  |  |
| Malattie coronariche \* |  |  |
| Malattie SNC \* |  |  |
| Trattamento delle ferite \* |  |  |
| Radiologia alte dosi \* |  |  |
| Gestione studio medico \* |  |  |
| Gestione del personale \* |  |  |
| Contabilità \* |  |  |
| Informatica \* |  |  |
| Ricondizionamento \* |  |  |

\* Indicare le date delle certificazioni dei moduli, prestatari. Allegare copia delle certificazioni ei moduli.

## Dichiarazioni di equipollenza, aggiornamenti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Allegato nr. |
| CCM 1 \* |  |  |
| CCM 2 \* |  |  |
| Gestione della qualità \* |  |  |
| Diabete \* |  |  |
| Malattie reumatiche \* |  |  |
| Malattie polmonari \* |  |  |
| Malattie coronariche \* |  |  |
| Malattie SNC \* |  |  |
| Trattamento delle ferite \* |  |  |
| Radiologia alte dosi \* |  |  |
| Gestione studio medico \* |  |  |
| Gestione del personale \* |  |  |
| Contabilità \* |  |  |
| Informatica \* |  |  |
| Ricondizionamento \* |  |  |

\* Data delle dichiarazioni di equipollenza dell’Oml formazione professionale ASM, date e prestatari dei corsi di aggiornamento e esame supplementare del modulo. Allegare copia dei certificati.

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo, data** |  |
| **Firma** |  |