



Compilato dall'UFFT:

Nr. dossier:

Ricezione UFFT:

## Ottenimento retroattivo del titolo di una scuola universitaria professionale

- “ergoterapista diplomata”  
 “dietista diplomata”  
 “levatrice diplomata”  
 “fisioterapista diplomata”

Compilare il modulo (PC, macchina da scrivere oppure a mano in stampatello) senza dimenticare di apporre data e firma.

Signora  Signor / COGNOME / nome

Via / Nr.

Telefono ufficio

Casella

postale

Cellulare

NPA / località

E-mail

Data di

nascita

Luogo d'origine /

Stato

Data

Firma

**Tassa** (contrassegnare ciò che fa al caso)

- A) Desidero **soltanto la decisione in merito** al titolo SUP Con la domanda provvedere al versamento di: Fr. 100.-  
 B) Desidero **in aggiunta il Diploma Supplement** <sup>1</sup> Con la domanda provvedere al versamento di: + Fr. 20.-  
 C) Desidero **in aggiunta un attestato di diploma** Con la domanda provvedere al versamento di: + Fr. 75.-

		Documenti	Osservazioni (lasciare in bianco)
<b>Scuola frequentata</b>			
<b>Denominazione odierna della scuola</b>			
<b>Denominazione del ciclo di studio</b>			

<sup>1</sup> Questo supplemento al diploma è rilasciato in lingua inglese ed è stato creato sulla base del modello sviluppato dalla Commissione europea, dal Consiglio d'Europa e dall'UNESCO/CEPES. Con l'addenda al diploma si persegue l'obiettivo di includere in maniera dettagliata dati indipendenti, al fine di veicolare “trasparenza” a livello internazionale e rendere più semplice il riconoscimento accademico e professionale delle qualifiche (diplomi, titoli, certificati ecc.).

<b>Diploma e Certificato di riconoscimento CRS</b> (denominazione esatta del titolo)		<input type="checkbox"/> Originale <input type="checkbox"/> copia autenticata del diploma	
<b>Data del termine degli studi:</b>			
<b>Pratica professionale successiva al 01.06.2001</b> Datore di lavoro, località		<input type="checkbox"/> Originali <input type="checkbox"/> copie autentiche dei certificati e/o degli attestati di lavoro	
In quale funzione?			
<b>Durata (in mesi) e grado d'occupazione (in %)</b>		Presentazione sotto forma di elenco e indicazione del totale	
<b>Corso post-diploma, livello universitario, settore sanitario</b>  Titolo		<input type="checkbox"/> Originale <input type="checkbox"/> copia autenticata  del Diploma o del Certificato	
Istituto presso il quale è stato superato il corso post-diploma			
Durata (almeno <b>200 Lezioni</b> oppure <b>10 ECTS</b> , deve essere attestato sul titolo)			
<b>Documento d'identità</b> Carta d'identità o passaporto		<input type="checkbox"/> copia	

La domanda deve essere inviata all'indirizzo seguente:  
Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia (UFFT)  
Campo di prestazioni Scuole universitarie professionali  
ORT S  
Effingerstrasse 27  
3003 Berna  
Conto corrente postale: 30-424648-1 (causale del versamento: ORT S)