



## Riconoscimento dell'equipollenza di titoli di perfezionamento professionale in cure intensive - Protocollo d'esecuzione

Cognome, nome del/della richiedente:

Data di nascita:

Titolo professionale:

Luogo di lavoro:

Data della richiesta:

**Numero di registrazione:**  
(cure intensive-anno-numero richiesta)

Responsabile del dossier:

**Visto**

|   |  |
|---|--|
| Data di arrivo del dossier:                   |  |
| Data di inizio dell'elaborazione del dossier: |  |

### Completezza del dossier

|   |  |
|---|--|
| Modulo di candidatura   |  |
| Curriculum vitae tabellare  |  |
| Riconoscimento della Croce Rossa Svizzera del diploma in cure infermieristiche                                  |  |
| Certificato di perfezionamento professionale in cure intensive:   |  |
| Attività nella terapia intensiva al termine del percorso di perfezionamento professionale conseguito all'estero |  |
| Prova dell'attività presso un'unità un reparto di Medicina intensiva riconosciuta dalla SSMI                    |  |
| Certificato delle competenze  |  |
| Ricevuta del pagamento della tariffa per il procedimento  |  |

|   |  |
|---|--|
| Valutazione della Commissione per l'aggiornamento e il perfezionamento professionale (KWFB) - Personale infermieristico |  |
| Raccomandazione al consiglio direttivo e decisione (SSMI)   |  |
| Data di invio della risposta  |  |