**Aufnahmeansuchen**

***Domanda di ammissione***

**Letzter Abgabetermin - *Termine ultimo di consegna***

**30.11.2022**

**Es werden nur vollständige Unterlagen angenommen.**

***Si accettano solo documentazioni complete.***

(Bitte in Blockschrift ausfüllen - *Si prega di scrivere in stampatello*)

Der/Die Unterfertigte (Nachname) (Vorname)
*Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome)* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

geboren am in

*nato/a il* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Prov. *\_\_\_\_\_\_\_\_*

wohnhaft in

*residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Prov. *\_\_\_\_\_\_\_\_*

Straße Nr. PLZ

*Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Mobil Staatsbürgerschaft

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Cell.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Cittadinanza* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Steuernummer

*Codice fiscale* ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦ ⎣ ⎦

ersucht um Zulassung zum

**Spezialisierungskurs für familien- und gemeinschaftskrankenpfleger/Innen**

*presenta domanda di iscrizione al*

***Corso di Specializzazione per infermieri di famiglia e di comunità***

**Eigenerklärung und Ersatzerklärung**

*Autocertificazione e dichiarazione sostitutiva*

(laut Gesetz Nr. 15/68, 127/97, 191/98 und des D.P.R. 20/10/1998, Nr. 403)

 *(ai sensi della Legge n. 15/68, 127/97*, *191/98 e del D.P.R. 20.10.1998, n. 403)*

Der/Die Unterfertigte erklärt,

*Il/la sottoscritto/a dichiara,*

1) im Besitz des Krankenpflegediploms/Laureat zu sein, das mit einer Bewertung von *……….*/60 oder/110

 *di essere in possesso del Diploma/Laurea di infermiere con il voto di /60 o di /110*

am (genaues Datum angeben) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, an folgender Schule erworben worden ist:

*Conseguito il (indicare data esatta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, *nella seguente Scuola/Università:*

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung der Schule/Universität:*Denominazione Scuola/Universitá:* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

2) im Besitz des Reifezeugnisses zu sein, das mit einer Bewertung von/60 oder /100

 *di essere in possesso del diploma di maturità con il voto di /60 o di /100*

am (genaues Datum angeben) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, an folgender Schule erworben worden ist:

*Conseguito il (indicare data esatta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, *nella seguente Scuola:*

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung der Schule:*Denominazione Scuola:* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

3) dass gegen die eigene Person weder strafrechtliche Verurteilungen verhängt worden, noch strafrechtliche Verfahren anhängig sind

*di non aver riportato condanne penali e di non avere in corso procedimenti penali*

4) dass mit der Zulassung zur Ausbildung an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe auf eine gleichzeitige Inskription/Immatrikulation an einer Universität bzw. einer anderen Fachhochschule verzichtet wird

*che, con l’ammissione agli studi nella Scuola Provinciale Superiore di Sanità, rinuncia alla contemporanea iscrizione o immatricolazione ad un’Università o ad un’altra Scuola Superiore*

5) im Besitz des Zweisprachigkeitsnachweises zu sein: [ ]  A *[ ]* B

*di essere in possesso del patentino di bilinguismo:*

6) Weiters wird das Einverständnis gegeben, dass die eigenen personenbezogenen Daten für institutionelle Zwecke der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe verwendet werden dürfen (gemäß Legislativdekret Nr. 196/2003).

*Inoltre dichiara di dare il consenso all’utilizzo dei dati riguardanti la propria persona per gli scopi istituzionali della Scuola Provinciale Superiore di Sanità (a norma del Decreto Legislativo n. 196/2003).*

7) berufstätig bei:

 *di svolgere attualmente la propria attività professionale presso:*

|  |
| --- |
| Sanitätsbetrieb/ Institut/ Struktur *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Azienda Sanitaria/Istituto/Struttura* |
| Adresse*Indirizzo* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| als *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**con la qualifica di* |
| bei der Funktionseinheit/beim Dienst *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unitá Operativa /Servizio* |
|  Tel. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | Fax *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | E-mail *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  |  |  |
| 8) den Beruf über ein Zeitraum von (Jahren/Monaten) auszuüben  *di esercitare la professione da (anni/mesi)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Jahren*anni* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Monaten*mesi* |

(bis/*al* 30.09.2022)

**Beilegen*l Allegare***

🞐 Kopie des Studientitels: Laureatsdiplom/Diplom der Berufskrankenpflege

 *Fotocopia del titolo di studio: Laurea/Diploma di infermiere*

**

🞐 Kopie der Identitätskarte

 *Fotocopia del documento di identità*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Datum/*Data* Unterschrift /*Firma*

**Besuch von ECM Fortbildungskursen im eigenen Tätigkeitsbereich in den letzten 5 Jahren**

**(ab 1. Januar 2017)**

***Corsi di aggiornamento accreditati ECM attinenti al proprio ambito lavorativo frequentati***

 ***negli ultimi 5 anni (dal 1 gennaio 2017)***

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

|  |
| --- |
| Bezeichnung/ *Denominazione* |
| Organisiert von/ *Promosso da (specificare ente erogatore)* |
| Dauer in Stunden/ *Durata del corso in ore* | Datum/ *Data*: |
|  | ECM |  |

Datum/*Data* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift/*Firma*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Der Direktion vorbehalten*-Riservato alla Direzione***