



Aufnahmeansuchen

Domanda di ammissione

Letzter Abgabetermin - Termine ultimo di consegna

31.10.2025

**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

Tel. / Mobil Staatsbürgerschaft
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 Krankenpfl edgediploms/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/Università: _____

- 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 _____
Unità Operativa /Servizio

Tel. _____ E-mail _____

8) den Beruf über ein Zeitraum von (Jahren/Monaten) auszuüben
di esercitare la professione da (anni/mesi)

_____	_____
Jahren	Monaten
<i>anni</i>	<i>mesi</i>
(bis/a/ 30.08.2025)	

Beilegen/ *Allegare*

☐ Kopie des Studentitels: Laureatsdiplom/Diplom der Berufskrankpflege
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 2020)

***Corsi di aggiornamento accreditati ECM attinenti al proprio ambito lavorativo frequentati
 negli ultimi 5 anni (dal 1° gennaio 2020)***

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>

ECM

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>

ECM

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>

ECM

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>

ECM

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Bezeichnung/ <i>Denominazione</i>	
Organisiert von/ <i>Promosso da (specificare ente erogatore)</i>	
Dauer in Stunden/ <i>Durata del corso in ore</i>	Datum/ <i>Data:</i>
ECM	

Datum/ *Data* _____

Unterschrift/ *Firma*

Der Direktion vorbehalten - *Riservato alla Direzione*