



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza

Attestato di perfezionamento professionale

Formazione approfondita interdisciplinare in medicina palliativa

V19.02.2026/Fgä

1. Dati della candidata/del candidato

- Cognome, nome:
- Data di nascita:

2. Informazioni dell'ente di perfezionamento professionale

- Nome/clinica/istituzione/servizio:
- Indirizzo:
- Riconoscimento come ente di perfezionamento professionale (ISFM/WBO): ☐ A ☐ B
 - Data del primo/nuovo riconoscimento:
- Certificazione cure palliative (ad es. qualitépalliative):
 - Data della prima/nuova certificazione:
- Responsabile/i dell'ente di perfezionamento professionale:
 - Cognome, nome:

3. Panoramica del perfezionamento professionale svolto

Le voci devono corrispondere all'effettivo impiego e alla funzione.

Periodo (da – a)	Grado di occupazione in %	Funzione/ruolo	Ambito (ospedaliero / ambulatoriale / consulenziale)	Categoria (A/B)	Osservazioni

Periodo di attività di ricerca attestato (eventuale; accreditabile fino a un massimo di 3 mesi):

4. Assenze e congedi (art. 31 WBO)

- ☐ Il perfezionamento professionale si è svolto senza interruzioni nei periodi sopra indicati.
- ☐ Il perfezionamento professionale è stato interrotto a causa di assenze/congedi ai sensi dell'art. 31 RPP

Periodo (da – a)	Motivo (p. es. malattia, congedo non retribuito, maternità, congedo parentale, servizio militare, ...)	Imputabile ai sensi del RPP/ISFM (sì/no)	Osservazioni

5. Valutazione sintetica / Obiettivi formativi

Nel periodo indicato, il/la candidato/a ha svolto le attività richieste nell'ambito della medicina palliativa specialistica.

Luogo/data:

Direzione del centro di formazione:

Cognome, nome:

Titolo/Funzione:

Firma

Timbro dell'istituzione