



## Modulo per la richiesta di autorizzazione per la vaccinazione contro la febbre gialla

Si prega di inviare questo formulario debitamente compilato, con i documenti pertinenti, all'**Ufficio federale della sanità pubblica, Divisione Malattie trasmissibili, Autorizzazione per la vaccinazione contro la febbre gialla, CH-3003 Berna.**

Dati generali		
<input type="checkbox"/> Nuova richiesta di autorizzazione per la vaccinazione contro la febbre gialla		
Nome/cognome:		
Indirizzo professionale:		
Cantone:		
Telefono:		
Fax:		
Indirizzo e-mail:		
Qualifiche (ai sensi dell'art. 42 OEp) (riempire la casella e completare)		
<input type="checkbox"/> <b>Diploma federale di medico</b> (secondo la legge del 23 giugno 2006, sulle professioni mediche [LPMed; RS 811.11])		
<input type="checkbox"/> Diploma federale	<input type="checkbox"/> Diploma estero riconosciuto	
Data del diploma:		
Istituto formativo:		
<input type="checkbox"/> <b>Titolo post laurea in medicina tropicale e di viaggio</b> (secondo LPMed)		
<input type="checkbox"/> Titolo federale	<input type="checkbox"/> Diploma estero riconosciuto	<input type="checkbox"/> non disponibile
Data del diploma:		
Istituto formativo:		
Eccezione (secondo art. 43 OEp) (da completare solo se non si è titolare di un titolo post laurea in medicina tropicale e di viaggio; tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte)		
<input type="checkbox"/> <b>Diploma in medicina tropicale</b> (formazione di almeno 3 mesi, ai sensi dell'art. 43 a. OEp)		
Data e titolo del diploma:		
Istituto formativo:		

