**Domanda di accreditamento di programmi secondo la LPSU e la LPSan**

Il formulario deve essere compilato, firmato e inviato all’AAQ. Vi contatteremo una volta ricevuta la vostra domanda.

1. **Nome della scuola universitaria richiedente**

1. **Nome dell’unità responsabile del ciclo di studio (e.g. facoltà, dipartimento)**

1. **Professione sanitaria per la quale il ciclo di studio forma**

Infermiere

Fisioterapista

Ergoterapista

Levatrice

Dietista

Optometrista

Osteopata

1. **Nome del ciclo di studio**

1. **Persona responsabile del ciclo di studio (con funzione e recapiti)**

1. **Persona responsabile dell’accreditamento del ciclo di studio (se non identico a 5) (con funzione e recapiti)**

**Luogo, data**

**Firme**

Direzione della scuola universitaria o dell’ente responsabile

Responsabile del ciclo di studio