



Formulario per la domanda d'iscrizione al corso di
COLLABORATRICE SANITARIA /
COLLABORATORE SANITARIO CRS

Indicazioni:

*La preghiamo di compilare il presente formulario in tutte le sue parti e di ritornarlo a
Croce Rossa Svizzera – Associazione cantonale Ticino, Settore Corsi,
Corso San Gottardo 70, 6830 Chiasso.
*La ringraziamo per la gentile collaborazione.**

COSTO DEL CORSO: Fr. 2'100.- + Fr. 80.- di materiale didattico

Desidero iscrivermi presso la sede di:

- BELLINZONA con data* d'inizio il:.....
- CHIASSO con data* d'inizio il:.....
- LOCARNO con data* d'inizio il:.....
- LUGANO con data* d'inizio il:.....

* V. Programma annuale CS. Il Settore Corsi si riserva di modificare date e/o sede del corso in base al numero di iscrizioni.

Se il corso scelto fosse già al completo o non potesse avere luogo, mi iscrivo:

- al successivo corso disponibile nella stessa sede
- al corso di(altra sede) con data d'inizio il:.....

DATI PERSONALI

Signora Signor

COGNOME:

NOME:

Via:

NAP e località:.....

Tel. priv.:.....

Cellulare:

e-mail:

Data di nascita:

Stato civile:

Siete assicurata/o contro gli infortuni?

No¹ Sì, presso:

Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?

No¹ Sì, presso:

¹ Vi ricordiamo l'obbligo di assicurazione per tutta la durata della formazione

Residenza/domicilio in: Svizzera Italia Altro:

Nazionalità: Svizzera Comune di attinenza:

Altra nazionalità:

Vivo in Svizzera dall'anno..... e in Svizzera italiana dall'anno.....

Vivo in Italia, dall'anno.....

Professione attuale:

lavoro nel settore delle cure presso.....(ente, istituto, privati) dal.....(mese/anno)

lavoro in un altro ambito in qualità di.....(funzione, ruolo)

sono senza attività professionale/casalinga

sono in disoccupazione

sono in AI, al%

sono in assistenza

Tipo di permesso di residenza e/o di lavoro (campi obbligatori)

Per gli Stranieri (UE o extra-UE) residenti in Svizzera:

sono in possesso del permesso B C L F N (**allegare fotocopia**)

Per le persone di nazionalità UE o extra-UE residenti in Italia:

sono in possesso del permesso di frontaliere (G) SI NO (**allegare fotocopia**)

LIVELLO LINGUISTICO

La mia madrelingua è: Italiano Altro:.....

Se la vostra madrelingua è diversa dall'italiano vi preghiamo di compilare qui di seguito:

Ho svolto le scuole dell'obbligo (dai 6 ai 15 anni) in(Paese) e nella lingua.....

N.B: Le persone che non hanno frequentato le scuole dell'obbligo in lingua italiana saranno sottoposte ad una verifica delle competenze linguistiche attraverso un test.

L'iscrizione al test di italiano ha un costo di CHF 20.- ed è previsto il rilascio di una dichiarazione relativa all'esito.

INFORMAZIONI CONFIDENZIALI

Siete attualmente in buona salute?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
In passato avete avuto problemi di salute	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Se sì, quali?				
Soffrite di dolori alla schiena?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Siete attualmente in cura?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Siete vaccinato/a contro l'epatite B ?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Fate regolarmente uso di medicinali?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Eventuali osservazioni:

.....
.....

PIANO DI PAGAMENTO

Il partecipante conferma la propria iscrizione con il versamento della tassa d'iscrizione. A ricezione della fattura, **il sottoscritto corrisponderà l'importo** nel seguente modo:

in un **unico versamento di Fr. 2'100.- + Fr. 80.-** di materiale didattico, almeno 20 giorni prima della data di inizio corso

in **3 rate** così suddivise:

- Fr. 980.- almeno 20 giorni prima della data di inizio corso
- Fr. 600.- a 30 giorni dalla data di inizio corso
- Fr. 600.- a 60 giorni dalla data di inizio corso

La persona sottoscritta dichiara di aver letto il "Regolamento cantonale collaboratrice sanitaria / collaboratore sanitario CRS" e lo sottoscrive integralmente.

Luogo e data: Firma:

Per coloro che lavorano presso un Istituto di cura:

Il datore di lavoro dichiara di aver preso conoscenza di quest'iscrizione, dà il suo consenso e dichiara che la persona iscritta è alle sue dipendenze

Luogo e data:

Timbro e Firma del datore di lavoro: