



**Formulario per la domanda d'iscrizione al corso di
COLLABORATRICE E
COLLABORATORE SANITARIO CRS**

*La preghiamo di compilare il presente formulario **in tutte le sue parti e in modo leggibile** 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 COMPLETO (120 ore): 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:

(1 recapito telefonico obbligatorio)

e-mail (obbligatorio):*

***N.B.: tutta la corrispondenza da parte di Settore Corsi avviene tramite posta elettronica all'indirizzo segnalato**

Data di nascita: Luogo:

Stato civile:

Siete assicurata/o contro gli infortuni?

No¹ Sì, presso:

Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?

No¹ Sì, presso:

Residenza/domicilio in: Svizzera Italia Altro:

Nazionalità: Svizzera

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

*Se in assistenza o disoccupazione ha informato il suo consulente della sua intenzione di cominciare la formazione? SI NO

Situazione familiare

Ha dei figli SI * NO

*Se SI ha un aiuto nella gestione dei figli SI NO

È informata rispetto all'impegno che questa formazione richiede? SI NO

Precedenti esperienze lavorative (ultimi 10 anni):

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

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

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 dell'inizio del 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 del corso di collaboratrice e 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: