



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): CHF. 2'250. - + CHF. 100. - di materiale didattico¹

Desidero iscrivermi presso la sede di:

- BELLINZONA / GIUBIASCO con data d'inizio il:
- CHIASSO con data d'inizio il
- LOCARNO / GORDOLA con data d'inizio il:
- LUGANO con data d'inizio il:

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:

¹ Il Settore Corsi di CRS si riserva il diritto di modificare in qualsiasi momento i prezzi, il programma (date, sedi, ecc.) e le CGC.

Stato civile:

Siete assicurata/o contro gli infortuni?

No² Sì, presso:

Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?

No² 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 iscritta/o all'Ufficio Regionale di Collocamento (URC)

Sono in AI, al%

*Sono in assistenza

*Se in assistenza o iscritta/o all'URC, ha informato il /la suo/a OSA / consulente del personale della sua intenzione di cominciare la formazione? SI NO

*Se iscritta/o all'URC, indicare la sede: Bellinzona Biasca Chiasso Locarno Lugano

Compilando i campi contraddistinti da *, autorizza lo scambio di informazioni tra il Settore corsi di Croce Rossa Svizzera e gli uffici indicati.

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

² Vi ricordiamo l'obbligo di assicurazione per tutta la durata della formazione.

Precedenti esperienze lavorative (ultimi 10 anni):

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

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

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

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

È automunita/o? SI NO

Se no, dove vive ci sono mezzi di trasporto che le consentono di spostarsi senza problemi

SI NO

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

Se SI 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 CHF. 2'250. - + CHF. 100.-** di materiale didattico, almeno 20 giorni prima dell'inizio del corso

in **3 rate** così suddivise:

- CHF. 1'100.- almeno 20 giorni prima della data di inizio corso
- CHF. 650.- a 30 giorni dalla data di inizio corso
- CHF. 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: