

**Formulario per la domanda d'iscrizione al corso di**

**COLLABORATRICE FAMILIARE/  
 COLLABORATORE FAMILIARE CRTI  
 CF CRTI (Badante)**

**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.

**DESIDERO ISCRIVERMI AL:**

corso CF CRTI

Fr. 955.-- materiale didattico compreso

**presso la sede di:**

.....

**con data\* d'inizio il:**

.....

\* V. Calendario annuale CF. 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

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?

No<sup>1</sup>  Sì, presso: .....

Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?

No<sup>1</sup>  Sì, presso: .....

<sup>1</sup> 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

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

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

**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** in un **unico versamento di Fr. 955.-**, almeno 15 giorni prima dell'inizio del corso.

L'obbligo di pagare la tassa d'iscrizione rimane anche nel caso in cui il partecipante non dovesse portare a termine la formazione. Per le condizioni di rinuncia si rimanda al "Regolamento cantonale collaboratrice familiare / collaboratore familiare CRTI".

La persona sottoscritta dichiara di aver letto il "Regolamento cantonale collaboratrice familiare / collaboratore familiare CRTI" e lo sottoscrive integralmente.

Luogo e data: ..... Firma: .....

### **Per coloro che lavorano presso un Servizio di aiuto domiciliare o un privato:**

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: .....