



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. 2'350.- + CHF. 100.- di materiale didattico¹

Desidero iscrivermi presso la sede di:

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BELLINZONA / GIUBIASCO | con data d'inizio il : |
| <input type="checkbox"/> CHIASSO | con data d'inizio il : |
| <input type="checkbox"/> LOCARNO / LOCARNO | con data d'inizio il : |
| <input type="checkbox"/> 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

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.

Data di nascita: Luogo:

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

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. 2'350.- + CHF. 100.-** di materiale didattico, almeno 20 giorni prima dell'inizio del corso

in **3 rate** così suddivise:

- CHF. 1200.- 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: