

## Formulario per la domanda d'iscrizione al corso di Collaboratrice e Collaboratore sanitario CRS

Prima di redigere il presente formulario, la preghiamo di leggere con attenzione il "Regolamento cantonale Collaboratrice e collaboratore Sanitario CRS". La ringraziamo per la gentile collaborazione.

È obbligatorio compilare il formulario **in tutte le sue parti e in modo leggibile**. Ritornarlo a **Croce Rossa Svizzera, Sezione del Sottoceneri - Settore Corsi, Corso San Gottardo 70, 6830 Chiasso.**

**Costo del corso completo (120 ore):** CHF 2'350.- + CHF 100.- di materiale didattico<sup>1</sup>

**Desidero iscrivermi nella 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 corso successivo disponibile nella stessa sede
- al corso di \_\_\_\_\_ (altra sede) con data d'inizio il \_\_\_\_\_

### Dati personali

- Signora
- Signor

Cognome		Nome	
Indirizzo postale		NAP / Domicilio	
Email		Telefono	
Data di nascita		Luogo di nascita	

**Tutta la corrispondenza tra Settore Corsi di CRSS e l'allieva/o avverrà tramite posta elettronica all'indirizzo indicato.**

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

**Siete assicurata/o contro gli infortuni?**

Sì, presso: \_\_\_\_\_  No<sup>2</sup>

**Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?**

Sì, presso: \_\_\_\_\_  No<sup>2</sup>

**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?  Sì  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.

**Precedenti esperienze lavorative (ultimi 10 anni):**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**È automunita/o?**  Sì  No

Se non è automunito dove vive ci sono mezzi di trasporto che le consentono di spostarsi senza problemi  Sì  No

\_\_\_\_\_



## Tipo di permesso di residenza e/o di lavoro

Per gli Stranieri (UE o extra-UE) residenti in Svizzera. Sono in possesso del permesso.

Allegare fotocopia  SÌ  NO

Per le persone di nazionalità UE o extra-UE residenti in Italia. Sono in possesso del permesso di frontaliere (G). Allegare fotocopia  SÌ  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.

## Stato di salute, requisiti di ammissione

Art. 2, cap. 2, 3 "Regolamento Cantonale Collaboratrice e Collaboratore sanitario CRS"

Soddisfo i requisiti di ammissione riguardanti il mio stato di salute  SÌ  NO

## 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

Confermo di essere in possesso dei requisiti richiesti per la frequenza del corso.

Dichiaro di aver letto il "Regolamento cantonale Collaboratrice e collaboratore Sanitario CRS" e le "Condizioni generali di contratto".

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 19 della Legge federale sulla Protezione dei Dati (LPD)

### Titolare dei trattamenti

Titolare dei trattamenti dei dati personali è Croce Rossa Svizzera - Sezione del Sottoceneri (di seguito CRSS), Via Alla Campagna 9, 6900 Lugano.

### Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

I dati personali da lei forniti direttamente o tramite canali pubblici saranno trattati esclusivamente per la gestione ed espletamento dei servizi da lei richiesti oggetto del presente formulario e sono quelli minimi necessari alla sua esecuzione.

In particolare, i dati saranno utilizzati per gestire la sua iscrizione al corso, la partecipazione allo stesso e l'ottenimento degli attestati relativi.

### Modalità di trattamento

Il trattamento sarà svolto, da parte di dipendenti o collaboratori da noi incaricati, istruiti e controllati, secondo modalità di gestione e misure di sicurezza individuate in base alle prescrizioni della LPD. Alcuni dati potranno essere forniti a soggetti terzi che hanno necessità di conoscerli od alle autorità federali e cantonali, secondo obblighi di legge.

I dati saranno conservati in ambiente protetto e/o memorizzati su sistemi informatici adeguatamente protetti.

Nessuna decisione individuale automatizzata è utilizzata.

### Obbligo o facoltà di conferire i dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto

Il conferimento dei dati è necessario per l'espletamento del contratto o servizio a cui questa informativa fa riferimento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di erogarlo o portarlo a termine.

### Natura dei dati trattati

Sono richiesti i dati minimi necessari all'espletamento del trattamento, che rientrano nelle seguenti categorie:

- Dati personali (generalità anagrafiche, dati di contatto)
- Dati personali degni di particolare protezione<sup>3</sup>

### Ambito di comunicazione e diffusione

I Suoi dati non saranno da noi diffusi o ceduti a Terzi per finalità diverse da quelle sopra indicate/previste senza una Sua esplicita richiesta o un Suo esplicito consenso, salvo comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

### Trasferimento dei dati personali

Non è previsto il trasferimento all'estero dei dati da lei forniti.

### Conservazione e cancellazione dei dati

Tutti i dati a Lei riferiti verranno conservati per il tempo necessario all'espletamento del contratto o servizio richiesto. Saranno poi archiviati a termini di legge per massimo 10 anni dopodiché verranno eliminati.

### Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto a domandare al Titolare se i suoi dati sono oggetto di trattamento, ai sensi degli articoli 25, 26 e 27 della LPD.

Può altresì richiedere la consegna dei propri dati per trasferimento a terzi, nonché la rettifica dei dati errati.

Per chiarimenti e/o per esercitare i Suoi diritti può inviare una richiesta scritta a Croce Rossa Svizzera, Sezione del Sottoceneri, Settore Corsi, Corso San Gottardo 70, 6830 Chiasso oppure o scrivere in forma elettronica a [info@crs-corsiti.ch](mailto:info@crs-corsiti.ch).

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e dà il **consenso all'utilizzo dei dati personali degni di particolare attenzione**. Con riferimento agli Articoli 6 e 19 della legge sulla protezione dei dati, do il mio consenso al trattamento dei miei dati personali degni di particolare attenzione<sup>3</sup> od ai dati di minori sotto la mia responsabilità forniti per lo svolgimento delle attività legate al Trattamento sopra descritto.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> i dati concernenti le opinioni o attività religiose, filosofiche, politiche o sindacali, i dati concernenti la salute, la sfera intima o l'appartenenza a una razza o a un'etnia, i dati genetici, i dati biometrici che identificano in modo inequivocabile una persona.

## Modulo per il datore di lavoro, corso di Collaboratrice e collaboratore sanitario CRS

Consegnare unicamente il seguente foglio.

### 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

Nome, cognome partecipante al corso \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_