

Dati personali:

Signora Signor

Indirizzo fattura (se diverso):

Cognome:

Cognome:

Nome:

Nome:

Data di nascita:

Via, Nr.:

Via, Nr.:

CAP/Luogo:

CAP/Luogo:

Telefono privato:

Modalità di pagamento:

Telefono ufficio:

annuo

Cellulare:

semestrale (supplemento Fr. 10.– all'anno)

E-Mail:

trimestrale (supplemento Fr. 20.– all'anno)

Sito internet:

Lingua: tedesco italiano/tedesco francese italiano/francese

L'indirizzo può essere trasmesso a terzi?

per motivi commerciali

sì no

per motivi professionali

sì no

Dati sull'adesione:

Tasso di occupazione: _____%

Infermiera diplomata/infermiere diplomato:

Diploma: SS SUP / Bachelor Diploma livello II CIG
 PSI ISP IMP

Infermiera/infermiere diploma livello I

CC CRS

Studente

Diploma straniero

riconosciuto dalla CRS

procedura di riconoscimento CRS in corso

Formazione da – a: _____

Centro di formazione: _____

Scuola: _____

Formazione postdiploma:

infermiera/e clinica/o sala operatoria levatrice
 anestesia cure urgenti cure intense
 specialista clinica Master PhD
 DAS _____ MAS _____
 SPD SS _____ SPS _____

altro _____

Situazione nella professione: **impiegato/a**

Settore di attività:

ospedale istituto lunga degenza spitex/ambulatoriale
 psichiatria riabilitazione settore di formazione
 campo operatorio anestesia cure intense
 cure d'urgenza ricerca sviluppo delle cure
 amministrazione pubblica Management assicurazione

altro _____

Datore di lavoro: _____

Indirizzo : _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Attività indipendente | <input type="checkbox"/> infermiera indipendente cure a domicilio OPre 7 | <input type="checkbox"/> infermiera indipendente psichiatria OPre 7 |
| <input type="checkbox"/> infermiera indipendente consulenza nell'allattamento OPre 15 | <input type="checkbox"/> infermiera indipendente diabetologia OPre 9c | <input type="checkbox"/> altro ad es. insegnamento |

Nome dell'azienda: _____

Indirizzo professionale: _____

E' interessata a partecipare attivamente alle attività dell'associazione?

si **no**

Se sì, contrassegni con una crocetta il settore che le interessa

- sezione (delegato/a, comitato, GIC, gruppo regionale)
- ASISP Associazione svizzera delle infermiere puericultrici
- FSIA Federazione svizzera delle infermiere e degli infermieri anestesisti
- ASS Associazione svizzera degli stomaterapisti
- ASIST Associazione svizzera delle infermiere aziendali
- SUS Cure d'genza Svizzera
- Curacasa – Associazione svizzera delle infermiere indipendenti
- Gruppo di interessi comuni Cure infermieristiche campo operatorio Svizzera (SIDOPS)
- GIC svizzero infermiere consulenti in diabetologia (GICID)
- GIC Informatica nelle cure infermieristiche (GICI)
- GIC svizzero delle infermiere in nefrologia
- GIC Swiss ANP – Advanced Nursing Practice
- GIC cure infermieristiche nella prevenzione delle infezioni
- GIC delle infermiere specializzate in medicine alternative e complementari della Svizzera romanda e italiana (ISMAL)
- Commissione (settore specifico): _____
- altri _____
- altri _____

Osservazioni: _____

Ho scoperto l'ASI tramite:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> pubblicità a scuola | <input type="checkbox"/> pubblicità al posto di lavoro | <input type="checkbox"/> consulenza |
| <input type="checkbox"/> congresso | <input type="checkbox"/> rivista | <input type="checkbox"/> internet |
| <input type="checkbox"/> formazione continua/postdiploma | | <input type="checkbox"/> pubblicazione ASI |
| <input type="checkbox"/> altro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> persona/indirizzo: _____ | | |

Luogo/data: _____

Firma: _____

Allegare le seguenti copie:

- Formazione in Svizzera: diploma e/o certificato(i) di capacità**
- Formazione all'estero: numero di registrazione CRS e attestato della CRS**
- Studente: attestato della scuola o copia della tessera di studente**

Dati da elaborare: (lasciare in bianco)

Categoria: _____ Membro Nr.: _____

Grado di occupazione: _____ c/s rivista: _____

Sezione: _____ Terzo pagante: _____

Tipo fattura: _____

Il comitato della sezione ha esaminato e approvato la richiesta:

Luogo/data: _____ Per il comitato: _____

è stato contattato: _____

Spedire il formulario a: ASI-SBK, Sezione Ticino, Via Simen 8, 6830 Chiasso
 Telefono: 091 682 29 31, Fax: 091 682 29 32, E-mail: segretariato@asiticino.ch