

Dati personali

Titolo

☐ Signora ☐ Signor

Lingua di comunicazione

☐ IT / TED ☐ IT / FR

Cognome

Nome

Data di nascita

Via

N°

Cellulare

CAP

Località

Paese

E-mail

Dati professionali

Datore di lavoro

CAP Luogo di lavoro

Rapporti di lavoro

☐ Dipendente ☐ Indipendente ☐ In formazione

Settore di attività

☐ Ospedale ☐ Cure a domicilio/ambulatorio
☐ Lungodegenza ☐ Psichiatria
☐ Riabilitazione ☐ Insegnamento
☐ Ricerca ☐ Sviluppo delle cure
☐ Altro:

Formazione

☐ Diploma SUP ☐ Diploma SSS
☐ Diploma straniero ☐ Studente
☐ Altro:

Anno del diploma

Affiliazione

Categoria di membro

☐ 11: 51-100% (CHF 24.60/mese)
☐ 12: 11-50% (CHF 16.25/mese)
☐ 13: Studente (CHF 0.00/mese)
☐ 14: 0-10% (CHF 7.85/mese)
☐ 19: Indipendente/i (CHF 24.60/mese)

Modalità di pagamento

☐ annuale
☐ semestrale (maggiorazione CHF 10/anno)
☐ trimestrale (maggiorazione CHF 20/anno)

**dal 01.01.2023 alle quote indicate va aggiunto
l'importo annuale di CHF 20.-- (contributo speciale)**

Come ha conosciuto l'ASI?

☐ A scuola ☐ Sul posto di lavoro ☐ Consiglio
☐ Formazione ☐ Evento ☐ Altro

Membro / collaboratrice ASI

☐ Con il presente documento accetto di diventare membro dell'Associazione Svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) a partire dall'inizio del prossimo mese e mi impegno a versare regolarmente le quote associative secondo le tariffe in vigore. Accetto gli statuti dell'ASI.

☐ Accetto che il mio indirizzo possa essere trasmesso a terzi ☐ per scopi commerciali e professionali, ☐ per scopi professionali.

☐ Una copia del mio diploma, riconoscimento CRS o della mia tessera di studente è allegata (senza questo certificato non è possibile l'ammissione all'ASI).

Luogo, data

Firma

Inviare a:

ASI Ticino - Via Simen 8 - 6830 Chiasso
o online su sbk-asi.ch/adesione



Richiesta di adesione