

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?

 sì no

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
 ricosciuto 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