



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 – Associazione cantonale Ticino, Settore Corsi, Corso San Gottardo 70, 6830 Chiasso.**

Costo del corso completo (120 ore): CHF 2'350.- + CHF 100.- di materiale didattico¹

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 CRTI e l'allieva/o avverrà tramite posta elettronica all'indirizzo indicato.

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.



Siete assicurata/o contro gli infortuni?

☐ Sì, presso: _____ ☐ No²

Avete un'assicurazione di Responsabilità Civile (RC)?

☐ Sì, presso: _____ ☐ No²

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

B O C O L O F O N O S O

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

Si ☐

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

Si ☐

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 Ticino, Associazione Cantonale Ticino - Settore Corsi, Corso San Gottardo 70, 6830 Chiasso.

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 protezione³

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 all'indirizzo postale del Titolare o scrivere in forma elettronica a 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 attenzione³ od ai dati di minori sotto la mia responsabilità forniti per lo svolgimento delle attività legate al Trattamento sopra descritto.

Luogo, data _____

Firma _____

Aggiornata il 18.11.2024

³ 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

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: _____