

Formulario d'iscrizione

Prerequisiti obbligatori

- ☐ Essere un/a infermiere/a diplomato/a ES/HES (allegare diploma)
- ☐ Essere membro dell'ASI

Procedura

- ☐ Compilare in modo **leggibile** il presente questionario
 - ☐ Allegare i documenti giustificativi richiesti.
 - ☐ Effettuare il pagamento di CHF 120.- richiesto, di cui CHF 50.- per la quota d'iscrizione e CHF 70.- per la quota associativa annuale.
 - ☐ Inviare il questionario compilato e i documenti giustificativi (scansioni o foto di **buona qualità**)
- Confermiamo la ricezione della richiesta di adesione
 - Valutiamo la candidatura e i documenti allegati
 - Comunichiamo la nostra decisione.

Dati personali

Cognome*:

Nome*:

Data di nascita : / /

Indirizzo privato

Via e numero civico :

Codice postale e città :

Telefono :

E-Mail :

Dati professionali

Via e numero civico * :

Codice postale e città * :

Telefono fisso* :

Cellulare* :

E-Mail* :

Sito web* :

N° ASI :

N° RME :

N° ASCA :

* Accetto che le informazioni contrassegnate da un* figurino sul sito www.ismi-psim.ch

☐ sì / ☐ no

Pratica terapie complementari?

Se sì, citi quelle che pratica e che sono riconosciute dal RME (allegare diplomi).

.....

.....

.....

.....

Dichiarazione di adesione :

Con la mia firma, certifico di essere membro dell'ASI, di aver preso visione dello statuto e della carta etica e mi impegno a rispettarli e applicarli. Assicuro, inoltre, la mia partecipazione al corso base di 2 giorni in medicina integrativa organizzato da ISMI-PSIM.

Luogo e data :

Firma :

Documenti da allegare insieme a questo formulario a info@ismi-psim.ch :

- ☐ copia del diploma d'infermiere(a) ES/HES
- ☐ copie delle certificazioni MAC riconosciute RME per terapeuti

Récépissé

Compte / Payable à
 CH81 0900 0000 1712 3589 2
 ISMI-PSIM
 1168 Villars-sous-Yens

Payable par (nom/adresse)

[]

[]

Monnaie Montant
 CHF []

Point de dépôt

Section paiement



Monnaie Montant
 CHF []

Compte / Payable à
 CH81 0900 0000 1712 3589 2
 ISMI-PSIM
 1168 Villars-sous-Yens

Informations supplémentaires
 ADHESION - BEITRITT

Payable par (nom/adresse)

[]

[]