

**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

51-100% (CHF 24.60/mese)

11-50% (CHF 16.25/mese)

Studente (CHF 0.00/mese)

0-10% (CHF 7.85/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](http://sbk-asi.ch/adesione)

# Richiesta di adesione

