

INFORMAZIONI PERSONALI			
<b>COGNOME :</b>		<b>NOME :</b>	
<b>Lingua per la corrispondenza :</b>	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Francese	<input type="checkbox"/> Tedesco
<b>Nazionalità :</b>	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Altra
<b>Titolo :</b>	<input type="checkbox"/> Signor	<input type="checkbox"/> Signora	
<b>Data di nascita :</b>			
COORDINATE PROFESSIONALI : Nome dello studio, della società o del centro (saranno indicate sul sito Internet)			
Nome dello studio :			
c/o :		Casella Postale :	
Via :			Cantone :
CAP :	Luogo :		Nazione :
Telefono :		Fax :	Cellulare :
E-mail :		Sito Internet :	
INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA : Solamente se differente da quello professionale (NON sarà indicato sul sito Internet)			
c/o :			
c/o :		Casella Postale :	
Via :			Cantone :
CAP :	Luogo :		Nazione :
Telefono :		Fax :	Cellulare :
E-mail :		Cellulare :	
INDIRIZZO SUPPLEMENTARE : Nome dello studio, della società o del centro (sarà indicato sul sito Internet)			
Nome :			
Via :			Cantone :
CAP :	Luogo :		Nazione :
Telefono :		Fax :	Cellulare :
E-mail :		Sito Internet :	
<b>ISCRIZIONE A PARTIRE DAL :</b> .....		<input type="checkbox"/> <b>ANNO COMPLETO</b> (Gennaio-Dicembre)	<input type="checkbox"/> <b>METÀ ANNO</b> (Luglio - Dicembre)
Un riconoscimento retroattivo <b>NON</b> è possibile			
<b>Siete già stato iscritto/a in passato all'ASCA?</b>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se SI, numero RCC :			
<b>La vostra attività terapeutica necessita di un'autorizzazione cantonale nel Cantone nel quale esercitate la vostra attività?</b> (Informazioni presso l'Ufficio cantonale competente del vostro Cantone)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se SI, siete in possesso di questa autorizzazione? (vogliate allegare una copia di questa autorizzazione al vostro incarto)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Siete membro di un'associazione professionale o altre organizzazioni?</b> Se SI, quale? dal :			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
(vogliate allegare una copia di questa attestazione al vostro incarto)			

## FORMAZIONE 1. CICLO – medicina accademica (min. 150h)

Ha un diploma federale per una delle professioni che la dispensano dal ciclo 1?

(lista disponibile sul sito [www.asca.ch](http://www.asca.ch))

SI  NO

Se SI, quale e titolo professionale : .....

allegare diploma

La formazione base del 1. ciclo (**Anatomia - Fisiologia - Patologia**), per la quale siete stato/a formato/a e diplomato/a, è stata effettuata in una scuola accreditata dalla Fondazione ASCA?

SI  NO

Se SI, quale? .....

Numero di ore : .....

## FORMAZIONE 2. CICLO (lista dei metodi disponibile sul sito [www.asca.ch](http://www.asca.ch))

Per quale/i metodo/i terapeutici desiderate essere riconosciuto/a?

Disciplina terapeutica (secondo "Lista dei metodi")	Numero di ore	Nome della scuola	Scuola accreditata ASCA?	Data del diploma
1.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
5.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7.			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

## FORMAZIONE 3. CICLO – medicina accademica specifica (min. 300 h)

Ha un diploma federale per una delle professioni che la dispensano dal ciclo 3?

(lista disponibile sul sito [www.asca.ch](http://www.asca.ch))

SI  NO

Se SI, quale e titolo professionale : .....

allegare diploma

La formazione (approfondimento **Anatomia – Fisiologia – Patologia – Bilanci – Anamnesi**), per la quale siete stato/a formato/a et diplomato/a, è stata effettuata in una scuola accreditata dalla Fondazione ASCA?

SI  NO

Se SI, quale? .....

Numero di ore : .....

### Documenti obbligatori da produrre

- Il presente formulario debitamente completato
- Le copie dei certificati e dei diplomi ottenuti
- Il contenuto nominativo dettagliato convalidato dalle Scuole (materie, soggetti e ore effettuate)
- Un estratto del casellario giudiziale recente (ultimi 6 mesi)
- Una copia della carta d'identità o del passaporto
- Una copia della vostra autorizzazione per praticare l'attività, se richiesta dal Cantone

Al fine di aderire al concetto della Fondazione ASCA, certifico con la mia firma, che le informazioni contenute in questo formulario sono esatte e conformi alla verità. Inoltre, confermo con la mia firma, l'autenticità dei dati e dei documenti che presento alla Fondazione ASCA. Confermo inoltre di aver letto, capito e accettato tutti i punti menzionati nel capitolo delle Condizioni Generali (CGATH), il regolamento d'esecuzione (ReCGATH), il regolamento delle diverse commissioni, la lista delle discipline terapeutiche (LDT), il codice etico, e la carta.

**Luogo e data:**

.....

**Firma :** .....

Firmando il presente formulario, ci autorizzate a trasmettere i vostri dati ai nostri assicuratori convenzionati.

Riceverete prossimamente un bollettino di versamento per le spese dello studio dell'incarto. Al momento della ricezione del vostro pagamento, lo studio dell'incarto richiederà circa 4 settimane.

Fondazione ASCA per il riconoscimento e lo sviluppo delle terapie alternative e complementari

Rue St-Pierre 6A, Case postale 548, CH-1701 Fribourg, Tel : 026 351 10 10, Fax : 026 351 10 11, [fondation@asca.ch](mailto:fondation@asca.ch), [www.asca.ch](http://www.asca.ch)