

## MODULO D'ISCRIZIONE

Registrazione nella categoria:

- Massaggiatore/ trice medicale APF**
- SFML** (Terapisti specializzati nel metodo del drenaggio linfatico manuale)
- Studente/ ssa** (Massaggiatore/ trice medicale in formazione con attestato APF)
- Accademia (Academy)** (Terapisti con almeno un metodo terapeutico registrato)

Desidero la corrispondenza in:      **D**       **IT**       **FR**

### Iscrizione

Richiedo la mia iscrizione per:

Anno: \_\_\_\_\_ Mese: \_\_\_\_\_

### Dati personali

Titolo:       Signor       Signora

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato/ a il: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

### Dati per la corrispondenza

Nome Studio: \_\_\_\_\_ Via/ Nr. \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Cantone: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_



## Professione e formazione

- Sono ancora studente/ssa; fino a: \_\_\_\_\_

**Ho eseguito la formazione di Mass. Med. APF/ Terapista, presso:**

Scuola (Nome e luogo)	dal (anno)	al (anno)

**Sono in possesso del seguente titolo:**

- Massaggiatore/ trice medica con attestato professionale federale (APF)
- altri, per favore elencare: \_\_\_\_\_

## Registrazione

Sono registrato presso i seguenti enti:

- Metodi RME: \_\_\_\_\_
- Metodi ASCA: \_\_\_\_\_

*(ATTENZIONE: Il controllo annuale della formazione continua ASCA avviene direttamente tramite il vdms-asmm e NON tramite l'ASCA. Si prega di inviare i certificati di formazione continua per il periodo da gennaio a dicembre entro, e non oltre, il 30.01. dell'anno successivo senza che venga richiesto. Non c'è alcun modulo che deve essere compilato)*

## Autorizzazione al libero esercizio della professione

Possiede un'autorizzazione al libero esercizio?

- sì      Cantone: \_\_\_\_\_
- no

## Come esercita la sua attività professionale?

- Dipendente     Attività in proprio     Entrambi (part-time dipendente e in proprio)



### Elenco degli allegati (barrare le caselle pertinenti e allegare le copie)

- Carta d'identità o passaporto
- Diploma/ certificato della scuola (per Mass. Med. APF/ Terapista)
- Attestato professionale federale (APF) di Massaggiatore/ trice medicale
- Conferme di registrazione RME e/o ASCA (ultima conferma o iscrizione)
- Autorizzazione al libero esercizio della professione
- Contratto di formazione (solo per l'iscrizione nella categoria Studente)
- Altri allegati

### Come è venuto a conoscenza del vdms-asmm?

Sono venuto a conoscenza del vdms-asmm tramite un membro  sì  no

Altro, per favore specificare: \_\_\_\_\_

### Osservazioni

---

---

### Firma

Con la mia firma confermo la correttezza di tutte le informazioni in questa richiesta di adesione e dei documenti da me presentati.

Luogo, data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

La sua iscrizione sarà automaticamente rinnovata per un altro anno, a meno che non venga effettuata una disdetta scritta entro il 30 settembre dell'anno in corso.

I suoi dati saranno utilizzati esclusivamente per la collaborazione con le casse malati e non per scopi pubblicitari.