

## DOMANDA D'AMMISSIONE ALL'ASE

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Nazionalità .....

### FORMAZIONE IN ERGOTERAPIA

Scuola (Nome e indirizzo) .....

Anno del diploma ..... Paese .....

### INDIRIZZO

Via, CAP, Luogo .....

e-mail ..... Tel. ....

Luogo di lavoro .....

e-mail ..... Tel. ....

### AFFILIAZIONE A UNA SEZIONE / LINGUA

Desidero ricevere i documenti dell'associazione  in tedesco  in francese

Desidero un cambio di sezione e vorrei affiliarmi alla sezione:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Argovia (AG)           | <input type="checkbox"/> Grigioni/Glarona (GR, GL)      | <input type="checkbox"/> Vaud (VD)                                  |
| <input type="checkbox"/> Basilea (BS, BL)       | <input type="checkbox"/> Giura-Giura Bernese (JU, BE f) | <input type="checkbox"/> Vallese (VS)                               |
| <input type="checkbox"/> Berna/Soletta (BE, SO) | <input type="checkbox"/> Neuchâtel (NE)                 | <input type="checkbox"/> Svizzera centrale (ZG, SZ, LU, UR, OW, NW) |
| <input type="checkbox"/> Friburgo (FR)          | <input type="checkbox"/> Suisse Est (SG, AI, AR, TG)    | <input type="checkbox"/> Zurigo/Sciaffusa (ZH, SH)                  |
| <input type="checkbox"/> Ginevra (GE)           | <input type="checkbox"/> Ticino (TI)                    |   |

Motivazione del cambiamento di sezione (facoltativo): .....

### QUALITÀ DI MEMBRO / CONTRIBUTO ANNUO

- |  |           |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b> (membro attivo, attività professionale + 51 %)               | CHF 400.— |
| <input type="checkbox"/> <b>B</b> (membro attivo, attività professionale – 50 %)               | CHF 315.— |
| <input type="checkbox"/> <b>C</b> (membro attivo, senza attività professionale)                | CHF 195.— |
| <input type="checkbox"/> <b>D</b> (attivo, coppia sposata / famiglia)                          | CHF 570.— |
| <input type="checkbox"/> <b>M</b> (membro di un'assoc. straniera o residente all'estero)       | CHF 180.— |
| <i>Ass. Straniera (allegare una copia della carta di membro)</i>                               |           |
| <input type="checkbox"/> <b>P</b> (membro passivo, senza diploma d'ET riconosciuto dalla WFOT) | CHF 180.— |
| <input type="checkbox"/> <b>S</b> (studente di una scuola di ergoterapia) – Anno del diploma?  | CHF 90.—  |

**WFOT** : Desidera diventare membro individuale della WFOT ? **Si**  **No**

(Contributo annuo: CHF 26.— per membro attivo, CHF 21.— per studenti)

La domanda d'ammissione è da inoltrare **con una copia del diploma o della tessera studente** a:

Secrétariat de l'ASE, Altenbergstrasse 29, Case postale 686, 3000 Berne 8.

Il comitato centrale dell'ASE decide le ammissioni.

Luogo e data..... Firma .....