**Care Team Ticino (CTTi)**

**Formulario per aspiranti care giver**

(I dati riportati sul formulario saranno trattati in modo strettamente confidenziale)

Allegare una foto formato passaporto

**Dati personali**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Data di nascita | N° AVS |
| Indirizzo | CAP | Domicilio |
| Stato civile | N° figli, età |
| Religione | Attinenza |
| N° cellulare | Indirizzo e-mail |
| Professione appresa |
| Professione attualmente esercitata |
| Datore di lavoro |
| È in possesso della licenza di condurre B? [ ]  SI [ ] NO |
| Possiede un veicolo privato? [ ]  SI [ ] NO |

**Formazione professionale**

(allegare copia degli attestati di formazione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dal / al | Formazione / Formazione ulteriore | Dove è stata effettuata la formazione?(scuola, istituto, università,ecc) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(nel caso non ci fosse abbastanza posto continuare sul retro del foglio)

**Conoscenze linguistiche**

|  |  |
| --- | --- |
| Lingua madre |  |
| Altre lingue conosciute |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Esperienze professionali**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PeriodoDal / al | Datore di lavoro | Funzione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Precedenti formazioni - care / debriefing**

(Allegare copia dei certificati ottenuti)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ente/organizzazione | Numero giorni |
| Formazione careAnno: |  |  |
| Formazione debriefingAnno: |  |  |
| Altre formazioni(per esempio primo soccorso) |  |  |

|  |
| --- |
| Quali sono i motivi che la spingono a diventare care giver?  |
| Per quali ragioni si sente adatta/o a svolgere questo compito? |
| Come passa il suo tempo libero? (risposta breve) |

**Crociare ciò che fa al caso:**

[ ]  Sono già incorporata/o nella protezione civile. In quale Regione?

[ ]  Sono stata/o prosciolta/o dal militare o dalla protezione civile e sono disposta/o a sostenere una giornata di reclutamento al Centro del Monte Ceneri.

[ ]  Non sono mai stata/o reclutata/o né per il servizio militare né per la protezione civile e sono disposta/o a sostenere una giornata di reclutamento al Centro del Monte Ceneri.

[ ]  Mi sento in buona salute.

[ ]  Sono disposta/o a collaborare con il Care Team Ticino per almeno 3 anni.

[ ]  Sono disponibile in tempi brevi in caso d’intervento.

[ ]  Mi impegno ad informare il mio datore di lavoro circa la mia disponibilità in caso d’intervento.

[ ]  Prendo atto dell’obbligo di prestare servizio ai sensi della LPPC e della OPCi.

**Criteri di ammissione per soccorritore (care team)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Criteri** | **Si** | **NO** | **Osservazioni** |
| Ha esperienza professionale riguardante casi psicologici? | [ ]  | [ ]  |  |
| Considera buona la sua resistenza fisica e psicologica in una caotica situazione in caso di catastrofe? | [ ]  | [ ]  |  |
| Le riesce facile consolare e/o prendere in consegna persone confuse o sotto shock? | [ ]  | [ ]  |  |
| Ha una buona resistenza allo stress ed è in grado di entrare in contatto con la vittima in stato confusionale? | [ ]  | [ ]  |  |
| Si sente pronta/o a ricevere e ad applicare l’istruzione acquisita come care giver? | [ ]  | [ ]  |  |
| Ha sufficiente tempo per assumere il ruolo di care giver? | [ ]  | [ ]  |  |
| Si considera una persona comunicativa?Ha facilità ad esprimersi? | [ ]  | [ ]  |  |
| È pronta/o a mantenere il segreto professionale ed il rispetto nei confronti della persona interessata? | [ ]  | [ ]  |  |
| È disposta/o ad agire come un soccorritore professionista tralasciando influenze legate alla religione o alla persona? | [ ]  | [ ]  |  |
| Ha esperienza in situazioni di stress di cura ai feriti e di lotta alla sopravvivenza? | [ ]  | [ ]  |  |

**Conferma**

* Mi dichiaro interessata/o a diventare membro del CTTi e a seguire la formazione necessaria.
* Conosco diritti e obblighi in materia di protezione civile.
* Come futuro membro del Care team, su chiamata personale, mi muovo come dà indicazioni ricevute in caso di catastrofe o emergenza.
* Confermo che ho risposto correttamente a tutte le domande.

Luogo e data:Firma:…………………………………….

Il presente formulario, con gli allegati, è da inviare al seguente indirizzo:

|  |
| --- |
| Massimo BinsaccaUfficio dell’aiuto e della protezioneServizio Care Team Ticino Via Luini 126600 Locarnooppure via e-mail a dss-ctti@ti.ch  |