**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Periodo  Dal / al | Datore di lavoro | Funzione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Precedenti formazioni - care / debriefing**

(Allegare copia dei certificati ottenuti)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ente/organizzazione | Numero giorni |
| Formazione care  Anno: |  |  |
| Formazione debriefing  Anno: |  |  |
| 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 Binsacca  Ufficio dell’aiuto e della protezione  Servizio Care Team Ticino  Via Luini 12  6600 Locarno  oppure via e-mail a [dss-ctti@ti.ch](mailto:dss-ctti@ti.ch) |