



Domanda di riconoscimento come fornitore/ trice di prestazioni a carico dell'assicurazione complementare secondo la LCA

Richiedente

Signor Signora

Nome, cognomeData di nascita.....

Numero RCC

Nome dello studio

Via, n.Canton.....

NPA, luogo.....

Tel.

E-mail

Sito web

Rapporto di lavoro attuale:

Dipendente Autonomo

Per quale forma terapeutica/quali forme terapeutiche richiede il riconoscimento da parte nostra?

La preghiamo di allegare i seguenti documenti alla Sua richiesta di riconoscimento:

Per i certificati finali di studio/ gli attestati di diploma quali diploma federale, attestato professionale federale, certificato settoriale OmL TC, certificato OmI MA, diploma dell'esame intercantonale rilasciato dalla CDS, Master of Science HES-SO in osteopatia o adesione A all'APS-MTC:

- diploma/ attestato federale - certificato della forma terapeutica richiesta - prova di adesione A
- estratto del casellario giudiziale (di data non anteriore a sei mesi)

Per tutti gli altri certificati finali di studio/attestati di diploma ci occorre:

- diploma della professione originaria (solamente se si è svolta una formazione in abito sanitario)
- diploma della forma terapeutica richiesta
- conferma della durata di formazione con indicazione dettagliata delle ore di insegnamento
- se disponibile: attestato di appartenenza ad un'associazione professionale della forma terapeutica richiesta
- estratto del casellario giudiziale (di data non anteriore a sei mesi)

Attenzione:

Per evitare un inutile dispendio di tempo, La preghiamo di informarsi preventivamente sulla nostra homepage (www.visana.ch) a proposito dei criteri di riconoscimento che devono risultare di volta in volta soddisfatti per la forma di terapia desiderata. Queste e altre informazioni importanti (come ad es. i principi di collaborazione) sono riportate alla voce «Partner > Informazioni utili per voi fornitori».

Confermo che le informazioni che ho fornito sono corrette e che i documenti che ho presentato sono autentici. Accetto che un gruppo di esperti effettui dei controlli sulla mia attività di terapeuta.

Luogo e data: Firma: