SSO Società Ticinese dei Medici Dentisti Ticino

Formazione in radiologia extraorale MP-13

Formulario di iscrizione

Generalità

Nome: _____ Indirizzo privato: _____

Cognome: _____ CAP Città: _____

Cognome da nubile: _____ Telefono: _____

Data di nascita: _____ Email: _____

Formazione scolastica e diploma

☐ AFC
☐ Assistente dentale SSO o con certificato MP-12
☐ Diploma estero riconosciuto (evtl. con certificato MP12)

Anno di ottenimento del diploma: _____

Luogo di lavoro

Datore di lavoro e luogo: _____

Nome e cognome del perito in radioprotezione che seguirà il/la partecipante:
_____ (se presso un altro studio, allegare un contratto scritto)

Apparecchiature radiografiche disponibili nello studio:

☐ Rx intraorale ☐ OPT ☐ Teleradiografia ☐ DVT

Elenco assistenti dentali impiegati nella stessa impresa:

_____

Teleradiografia

☐ Richiedo la formazione opzionale in teleradiografia (formazione pratica aggiuntiva il giorno della parte pratica)
A tal fine sarà richiesta l'esecuzione pratica documentata di 20 teleradiografie (vedi regolamento)

Date del corso

Parte teorica: ☐ sabato 18 novembre 2023

Parte pratica: ☐ sabato 13 gennaio 2024

La sessione teorica si tiene presso la scuola CPS di Lugano dalle ore 09.00 alle ore 17.00
La sessione pratica si svolge presso uno studio dentistico privato

Quota di iscrizione

☐ Assistente dentale presso medico dentista membro SSO	CHF	400.-
☐ Con teleradiografia		500.-
☐ Assistente dentale membro AIOT	CHF	400.-
☐ Con teleradiografia		500.-
☐Assistente dentale presso studio non affiliato SSO	CHF	700.-
☐ Con teleradiografia		800.-

La quota comprende la giornata di teoria e il pranzo durante la giornata, la sessione pratica e l'iscrizione all'esame finale.

Il versamento va effettuato minimo tre giorni prima dell'inizio del corso sul seguente conto postale:

CH24 0900 0000 6520 4195 9
Società Ticinese Medici Dentisti
C/O Jennifer Lurà, Strada di Pregassona 47a, 6963 Pregassona
Causale: CorsoMP13 COGNOME NOME

Condizioni per l'iscrizione e allegati:

- Formulario d'iscrizione integralmente compilato
- Copia del passaporto o della carta d'identità
- Attestato federale di capacità quale assistente dentale
  - Oppure Copia del diploma con autorizzazione a eseguire radiografie
  - Oppure attestato estero riconosciuto con autorizzazione a eseguire radiografie
  - Oppure Diploma federale di assistente dentale con autorizzazione a eseguire radiografie
  - Oppure Diploma SSO soggetto alla vecchia legislazione
- Attestazione del datore di lavoro sul rapporto lavorativo (firma in calce al formulario)
- Il perito in radioprotezione (generalmente datore di lavoro) deve allegare un certificato di formatore professionale (tipo maestria) oppure una formazione equivalente o formazione continua didattica
- Un contratto per il posto di praticantato, se la formazione pratica (eseguire le radiografie) viene effettuata in un altro studio medico

Luogo, data _____

Firma del partecipante _____

Firma del datore di lavoro _____ (attesta il rapporto di lavoro)

Dove inviare il formulario

Per email, comprensivo di tutti gli allegati, a opt@ssoticino.ch

In forma cartacea, con tutti gli allegati, a Davide Ferrari, via Franscini 3, 6830 Chiasso

Il numero di posti è limitato, verrà considerato l'ordine di entrata dei versamenti della quota di iscrizione