



UPS I UNIONE PODOLOGI DELLA SVIZZERA ITALIANA

Formulario di indagine

INTERESSE PARIFICAZIONE TITOLO CANTONALE DI PODOLOGO CON TITOLO FEDERALE SSS

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Indirizzo	
Indirizzo email	
Numero di telefono	
Anno di conseguimento diploma SSMT	
Anni di attività nel settore	

Attualmente esercita la professione di podologo/a? (Sbarrare la casella corrispondente.)

- Si
- No

Sarebbe Interessato/a a frequentare un corso che le permetta di elevare il suo titolo di studio portandolo al livello della formazione federale SSS- Scuola Superiore Specializzata?

- Si
- No

In caso di interesse: in quale modalità preferirebbe fossero distribuite le lezioni?

- Corsi diurni in giorni infrasettimanali
- Corsi diurni durante week end
- Corsi serali

Preferenza in caso di corsi diurni infrasettimanali

- 1 giorno alla settimana
- 2 giorni alla settimana
- Più di due giorni alla settimana

Preferenza in caso di corsi diurni durante il week end

- Sabato
- Domenica
- Sabato e domenica

Preferenza in caso di corsi serali

- 1 sera a settimana
- 2 sere a settimana
- 3 sere a settimana

Il seguente formulario ha la pura funzione di sondaggio e non ha valore contrattuale. I dati non verranno trasmessi ad alcuno se non agli uffici competenti.