



Domanda di adesione alla rete aha! di dietiste e dietisti specializzati

La documentazione completa va spedita in forma elettronica a info@aha.ch.

1. Formazione

Dietista BSc / MSc Dietista dipl. SUP	Diploma, riconoscimento Bachelor, riconoscimento Master
OPPURE formazione equivalente (riconosciuta in Svizzera dalla Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione [SEFRI])	OPPURE conferma della SEFRI

2. Conferma perfezionamento

Perfezionamento qualificato (PQ) in ambiti specifici

Ho seguito perfezionamenti nei seguenti ambiti	Anno	Diploma / conferma
PQ di aha! Centro Allergie Svizzera		
PQ FODMAP		
PQ celiachia		
PQ specialista in alimentazione DAAB (Deutscher Allergie- und Asthmabund)		
CAS allergie e intolleranze alimentari BFH		
CAS educazione terapeutica del paziente		

Altri perfezionamenti e formazioni continue, gruppi specialistici, supervisione, intervizione ed esperienza

Descrizione	Anno	Diploma / conferma perfezionamento / comprova adesione a gruppi specialistici





3. Esperienza (min. 1 anno) in ambiti specifici

Esperienza professionale rilevante per i campi tematici di aha! Centro Allergie Svizzera	Esperienza su una scala da 1 a 4 (1=poca, 4=molta)	% dell'attività professionale attuale	Referenza di azienda/organizzazione/superiore/persona inviante/collega di lavoro
Allergie alimentari			
Intolleranze alimentari (fruttosio, lattosio, alcoli dello zucchero)			
Sindrome dell'intestino irritabile/FODMAP			
Iperproliferazione batterica (SIBO)			
Intolleranza all'istamina			
Celiachia, NCGS			
Esofagite eosinofila			
Altro:			

4. Dati di contatto da pubblicare sulla pagina internet

Indirizzo lavoro	
Cognome	
Nome	
Via	
NPA e località	
Cantone	
N. telefono	
E-mail	
Sito internet	

Acconsento a figurare nell'elenco con i succitati dati di contatto.





Svolgo regolarmente consulenze in questo ambito, in cui mi sento competente			
<input type="checkbox"/>	Allergie alimentari	<input type="checkbox"/>	Celiachia
<input type="checkbox"/>	Esofagite eosinofila	<input type="checkbox"/>	Sensibilità al glutine non celiaca (NCGS)
<input type="checkbox"/>	Intolleranza al lattosio	<input type="checkbox"/>	Intolleranza all'istamina
<input type="checkbox"/>	Malassorbimento del fruttosio	<input type="checkbox"/>	Intestino irritabile, dispepsia, FODMAP
<input type="checkbox"/>	Iperproliferazione batterica (SIBO)	<input type="checkbox"/>	Intolleranza agli alcoli dello zucchero
<input type="checkbox"/>	(Altro)		

Fornisco consulenza a queste fasce d'età			
<input type="checkbox"/>	Bambini	<input type="checkbox"/>	Adulti
<input type="checkbox"/>	Adolescenti		

Posso fornire consulenza nelle lingue seguenti			
<input type="checkbox"/>	Tedesco	<input type="checkbox"/>	Inglese
<input type="checkbox"/>	Francese	<input type="checkbox"/>	Spagnolo
<input type="checkbox"/>	Italiano	<input type="checkbox"/>	Altra/e lingua/e:

Confermo la correttezza di quanto indicato

Luogo e data	Nome in stampatello e firma
--------------	-----------------------------

