



## RICHIESTA DI ISCRIZIONE

**L' ALS - Associazione Logopedisti Siciliani – Federata Fli** opera nel territorio della Regione Sicilia e si impegna a rappresentare la categoria dei Logopedisti a vari livelli ed in armonia con le linee decise a livello federativo ed europeo.

A tal fine gli organismi associativi, costituiti da Logopedisti eletti dall'assemblea dei Soci, si attivano a titolo gratuito ed in forma volontaria.

La Segreteria è disponibile a ricevere i Soci, per ogni loro esigenza, previo appuntamento, telefonando presso la Sede A.L.S., inviando un fax di richiesta o una e-mail all'indirizzo [flisicilia@fli.it](mailto:flisicilia@fli.it).

**ALS – Associazione Logopedisti Siciliani**  
via Tevere, 24 – 90144 Palermo  
Tel/Fax 091205530



**MODALITA' DI ISCRIZIONE**  
**ALL'ASSOCIAZIONE LOGOPEDISTI SICILIANI**  
**ED ALLA FEDERAZIONE LOGOPEDISTI ITALIANI**

Le modalità d'iscrizione all'A.L.S. ed alla F.L.I. sono le seguenti:

*art. 4 Statuto F.L.I. : "Possono essere iscritti alla Federazione i Soci delle Associazioni aderenti alla Federazione:*

*a) In qualità di Soci Ordinari:*

- 1) I diplomati di Corsi Universitari triennali abilitanti all'attività professionale nell'ambito esclusivo della Logopedia;*
- 2) I diplomati di Scuole triennali autorizzate con Delibera Regionale istituite presso Presidi del Servizio Sanitario Nazionale abilitanti all'attività professionale nell'ambito esclusivo della Logopedia;*
- 3) I diplomati di Scuole triennali autorizzate con Delibera Regionale abilitanti all'attività professionale nell'ambito esclusivo della Logopedia;*
- 4) I dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale inseriti nei Ruoli Nominativi Regionali con la qualifica di Logopedista;*
- 5) I cittadini stranieri in possesso di diploma equipollente in base alle vigenti norme C.E.E.;*

*b) ... omissis...*

*c) In qualità di Soci Simpatizzanti Allievi: gli iscritti alle Scuole di cui al comma a) punti 1 e 2..."*

Gli aspiranti Soci Ordinari devono presentare:

- il seguente modulo compilato in tutte le sue parti;
- copia del titolo di studio abilitante alla professione e per coloro che sono in possesso della Maturità Magistrale quadriennale copia dell'attestato comprovante la frequenza "dell'anno integrativo";
- certificato di servizio aggiornato (per i dipendenti pubblici e/o privati convenzionati), certificato di partita iva (per i liberi professionisti); tale certificato va ripresentato ogni qualvolta vi è

una modifica della Sede di lavoro o del tipo di contratto (ad es. passaggio da tempo indeterminato a part-time, ecc.);

Gli aspiranti Soci Simpatizzanti Allievi presenteranno solo un certificato di frequenza aggiornato.

Al momento dell'iscrizione il candidato sottoscrive una dichiarazione di accettazione dello Statuto, del Regolamento di Statuto e della Carta Etica Europea.

I soci Ordinari sono tenuti al versamento di:

- una quota annuale A.L.S. (€ 46,00);
- una quota annuale F.L.I. (€ 30,00);
- una quota annuale CPLOL (€ 4)

per un totale di € **80,00**.

**La data di scadenza è il 31 Dicembre , secondo le direttive Fli per la campagna iscrizioni 2013.**

I rinnovi annuali godranno di una proroga fino al 28 febbraio. Oltre tale data sarà applicata una mora del 10%.

Le nuove iscrizioni potranno essere fatte durante tutto l'anno solare, per favorire i neolaureati.

Per i Soci Simpatizzanti Allievi la partecipazione è gratuita, allo scopo di facilitare il loro ingresso nel mondo professionale.

Tali quote possono essere versate direttamente presso la Segreteria dell'Associazione o mediante Bonifico da destinare al Conto Corrente Postale n. 24784944 intestato a:

**Associazione Logopedisti Siciliani  
Via Tevere, 24 – 90144 Palermo.**

*L'iscrizione si intende completata con l'invio della ricevuta del bonifico presso la sede per fax o per mail, oltre la documentazione richiesta e l'approvazione degli organismi statutari.*

**ALS – Associazione Logopedisti Siciliani**  
via Tevere, 24 – 90144 Palermo  
Tel/Fax 091205530



Si raccomanda di indicare l'indirizzo di posta elettronica attiva per poter ricevere tutte le informazioni.

Le ricevute vi verranno inviate on-line all'indirizzo e-mail da voi indicato.



**A.L.S. - ASSOCIAZIONE LOGOPEDISTI SICILIANI**  
Via Tevere, 24 – 90144 Palermo – Telefax: 091205530  
e-mail: [flisicilia@fli.it](mailto:flisicilia@fli.it) – website: [als.fli.it](http://als.fli.it)

Il/La sottoscritto/a .....  
nat... a ..... (Prov. ....)  
il ..... e residente a ..... (Prov. ....)  
in Via ..... n°.....  
Cittadinanza .....

C.A.P. \* ..... Telefono ..... Fax .....

Domicilio completo (se diverso dalla residenza) .....  
.....

Cellulare ..... e-mail.....

Codice fiscale ..... P. IVA .....

**SEZIONE FORMAZIONE:**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- a) Laurea Triennale in Logopedia
- b) Laurea Magistrale in Logopedia
- c) Diploma Universitario in Logopedia

**ALS – Associazione Logopedisti Siciliani**  
via Tevere, 24 – 90144 Palermo  
Tel/Fax 091205530



d) Diploma di Scuola Diretta ai Fini Speciali

e) Master universitario di I livello

f) Master universitario di II livello

g) Altro titolo di studio: .....

conseguito il ...../...../..... presso .....

....., discutendo una tesi su

ottenendo la votazione finale di .....

- Titolo di Scuola Media Superiore richiesto per l'ammissione al  
suddetto corso: .....

- Sedi di svolgimento del tirocinio: .....

- Sede attuale dell'attività lavorativa, data d'inizio della stessa e  
tipo di inquadramento (*es. contratto a tempo pieno, contratto a  
tempo definito, attività libero-professionale, etc.*) .....

**SEZIONE OCCUPAZIONE:**

Il/La sottoscritto/a dichiara di esercitare, al momento, l'attività  
professionale di logopedista SI  NO ;

Indicare, se ci sono stati, dei periodi in cui non si è esercitata la  
professione (per quanto tempo e per quale motivo) .....

.....

Inizio dell'attività lavorativa:

Tempo di attesa prima dell'inizio dell'attività lavorativa .....

L'attività lavorativa è iniziata:

- Con borsa di studio? SI  NO  Per quanto tempo? .....
- Con un progetto? SI  NO  Per quanto tempo? .....
- Con contratto a tempo determinato? SI  NO   
Per quanto tempo? .....

Svolgimento dell'attività lavorativa:

- Città: .....
- Regione: .....
- Denominazione precisa della struttura in cui si lavora: .....  
.....
- Tipologia Struttura: (Ospedale, Ambulatorio, ...) .....
- Indirizzo della struttura (C.A.P./Località/Prov.): .....  
.....
- Telefono della struttura: ..... fax: .....  
e-mail: .....
- Tipo di contratto:  dipendente in ruolo  
 libero professionale  
 incaricato  
 altro .....
- Posizione funzionale: .....
- Fascia e livello di retribuzione: .....

- Patologie trattate: .....
- Possibilità di lavoro in equipe: SI  NO
- Con quali figure professionali? .....
- Operatore che decide la durata del trattamento e la dimissione del paziente: .....
- Tipo di trattamento:  individuale  collettivo
- Numero di logopedisti presenti nella struttura: .....
- Numero di logopedisti prossimi al pensionamento: .....
- Lunghezza lista d'attesa della struttura: .....
- Eventuale qualifica sindacale: .....
- Altre attività professionali: .....
- presso: denominazione .....
- Indirizzo: ..... telefono: .....
- fax: ..... e-mail: .....
- Altre attività non professionali: .....
- presso: denominazione .....
- Indirizzo: ..... telefono: .....
- fax: ..... e-mail: .....

**VITA ASSOCIATIVA:**

Associazione di appartenenza .....

Anno d'ingresso in Associazione (data 1<sup>a</sup> iscrizione) .....

**ALS - Associazione Logopedisti Siciliani**  
 via Tevere, 24 - 90144 Palermo  
 Tel/Fax 091205530





Il/la sottoscritto/a dichiara di avere letto ed accettato la Statuto, il Regolamento di Statuto dell'Associazione e il Codice Deontologico. Approvando quanto letto chiede di essere iscritto all' Associazione Logopedisti Siciliani in qualità di:

Socio Ordinario

Socio Simpatizzante Allievo

Data .....

Firma .....

Il/la sottoscritto/a autorizza l'A.L.S. e la F.L.I. ad utilizzare e trasmettere a terzi i suoi dati personali e professionali per scopi statutari nonché scientifici o lavorativi secondo le vigenti norme relative alla Legge sulla privacy.

Data.....

Firma .....

Domicilio cui inviare le comunicazioni (se diverso dalla residenza):

.....  
.....

**ALS - Associazione Logopedisti Siciliani**  
via Tevere, 24 - 90144 Palermo  
Tel/Fax 091205530

