



NAREG

Registro nazionale delle professioni sanitarie

## **Richiesta di modifica dei dati personali e/o concernenti il titolo professionale**

---

Presentando una richiesta di modifica, i professionisti del settore sanitario registrati in NAREG possono richiedere l'aggiunta o la correzione di informazioni mancanti o errate concernenti i dati personali o il titolo professionale.

Per cambiamenti relativi ad autorizzazioni o indirizzi è necessario rivolgersi all'ufficio cantonale competente.

Se l'ultimo diploma conseguito non è ancora stato registrato in NAREG, si prega di prendere visione delle informazioni riportate sui documenti seguenti:

- Titolo professionale già registrato presso la CRS: Registrazione in NAREG dei titoli di formazione registrati alla CRS
- Titolo professionale non ancora registrato presso la CRS: Prima registrazione presso la CRS e in NAREG

Per modificare o aggiungere informazioni concernenti i propri dati personali o il proprio titolo professionale, è necessario inviare per e-mail o per posta i documenti seguenti:

- Richiesta di modifica debitamente compilata
- Copia del passaporto/carta d'identità o del certificato di famiglia
- Copia del titolo professionale o dell'attestato di riconoscimento

Indirizzo e-mail: [nareg@redcross.ch](mailto:nareg@redcross.ch)

Indirizzo postale

Croce Rossa Svizzera  
Registrazione  
Werkstrasse 18  
3084 Wabern

Siamo a disposizione per qualsiasi domanda relativa alle richieste di modifica.

Telefono: +41 (0)58 400 45 75  
Indirizzo e-mail: [nareg@redcross.ch](mailto:nareg@redcross.ch)  
Web: [www.nareg.ch](http://www.nareg.ch)

## Richiesta di modifica dei dati personali e/o concernenti il titolo professionale

---

Per comunicarci informazioni mancanti o errate concernenti dati personali o titoli professionali, si prega di compilare il documento seguente.

Cognome

Nome

Data di nascita

Numero di registrazione

Indirizzo e-mail (per richiesta d'informazioni)

N. telefonico (per richiesta d'informazioni)

Selezionare le modifiche richieste e compilare i campi corrispondenti.

	Dati attualmente registrati	Modifica richiesta
<input type="checkbox"/>	Cognome	
<input type="checkbox"/>	Nome/i	
<input type="checkbox"/>	Cognome precedente	
<input type="checkbox"/>	Luogo/luoghi di origine	
<input type="checkbox"/>	Nazionalità 1	
<input type="checkbox"/>	Nazionalità 2	
<input type="checkbox"/>	Numero GLN	
<input type="checkbox"/>	Professione	
<input type="checkbox"/>	Livello di formazione	
<input type="checkbox"/>	Paese di rilascio	
<input type="checkbox"/>	Data di rilascio	
<input type="checkbox"/>	Data di autorizzazione	
<input type="checkbox"/>	Numero di registrazione	

Altro