

7. CALCOLO DELLE ORE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE CONSEGUITE NEGLI ULTIMI 5 ANNI:

Utilizzando la tabella sottostante, documenti almeno 45 ore di formazione professionale in lattazione ed allattamento materno degli ultimi 5 anni. Accluda le fotocopie degli attestati di partecipazione o altra documentazione rilevante per le ore completate. Si assicuri che il totale sia di un minimo di 45 ore. La formazione minima deve essere portata a termine al momento della domanda. Veda la *Guida Informativa per il Candidato* per informazioni complete.

DATA	LUOGO	TITOLO DELLA SESSIONE O DEL PROGRAMMA	PRESENTATO DA	ATTESTATO ACCLUSO?	ORE o CERPs
15/8/07	Goode Hospital, Roma, Italy	Scarso aumento di peso del bambino allattato al seno	Sue Milk IBCLC & Ann Pump IBCLC	Sì	5.5 ore
Feb-Giugno 2002	Geneva, Switzerland	Lattazione e Nutrizione con Latte Umano	Global Breastfeeding Courses	Sì	28 CERPs
TOTALE DELLE ORE DI FORMAZIONE COMPLETATE DURANTE I CINQUE ANNI PRECEDENTI ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA - MINIMO 45 ORE					

8. ATTUALE AMBITO LAVORATIVO:

Barri solo UNA casella che indichi al meglio l'ambito lavorativo in cui lavora attualmente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Ospedale-maternità (tutte le aree) | <input type="checkbox"/> 6 Salute materno infantile | <input type="checkbox"/> 11 Ambulatorio medico |
| <input type="checkbox"/> 2 Ospedale- solo puerperio | <input type="checkbox"/> 7 Assistente domiciliare | <input type="checkbox"/> 12 Ambulatorio privato (di allattamento) |
| <input type="checkbox"/> 3 Ospedale - generico | <input type="checkbox"/> 8 Consultorio | <input type="checkbox"/> 13 Gruppo di autosostegno da mamma a mamma |
| <input type="checkbox"/> 4 Ospedale- pediatria | <input type="checkbox"/> 9 Puerperio domiciliare | <input type="checkbox"/> 14 Istituzione educativa |
| <input type="checkbox"/> 5 Ospedale TIN / SCN | <input type="checkbox"/> 10 Casa del Parto/ Parto domicilio | <input type="checkbox"/> 15 Educatore/trice indipendente |
| <input type="checkbox"/> 16 Altro (descrive gentilmente) _____ | | |

9. ATTUALE LUOGO DI LAVORO:

Nome ed indirizzo del Suo attuale luogo di lavoro, incluso ad es. il reparto o la clinica :

10. QUALIFICHE PROFESSIONALI:

Barri una o più di queste caselle per indicare la Sua formazione sanitaria:

- 1 IBCLC (già certificata/o)
- 2 Diploma o Laurea di I° livello in Scienze Infermieristiche o simile
- 3 Infermiera/e Professionale
- 4 Ostetrico/a
- 5 Infermiere/a Pediatrico/a
- 6 Assistente Sanitaria/o
- 7 Vigilatrice d'infanzia
- 8 Dietista, Terapista Occupazionale, Logopedista o Fisioterapista
- 9 Laureato/a in Medicina
- 10 Leader/consulente accreditata per il sostegno all'allattamento al seno
- 11 Altro (descriva gentilmente) _____

Contrassegna il riquadro che indica il Suo livello d'istruzione più alto in qualsiasi campo:

- 1 Dottorato in Ricerca in _____
- 2 Laurea di II° livello in _____
- 3 Laurea di I° livello in _____
- 4 Diploma di Maturità _____
- 5 Scuola Professionale _____
- 6 Altro (gentilmente descriva) _____

11. CONSIDERAZIONI INDIVIDUALI:

Ulteriori informazioni nella Guida informativa per il Candidato.

- Richiedo considerazioni individuali a causa della mia disabilità. Accludo ulteriori informazioni e documentazione in merito ad essa.
- Potrei aver bisogno di una speciale considerazione il giorno dell'esame per via del mio stato in gravidanza. DPP: _____
- Desidero fare l'esame in una lingua diversa dall'Italiano, e sono consapevole che, se non ci sono candidati a sufficienza che vogliono fare l'esame in questa lingua, non ci sarà una traduzione, e sarò rimborsata per intero, o potrò decidere di fare l'esame in Italiano/Inglese.
- Potrei aver bisogno di uno o più dizionari bilingue durante l'esame. Sono consapevole del fatto che dovrò consegnarlo al Commissario Principale prima dell'inizio dell'esame.

12. DOMANDE OBBLIGATORIE:

Per cortesia risponda a tutte e cinque le domande sottostanti cerchiando, per ognuna, la risposta che si applica a Lei. Se la Sua risposta è "Sì" ad una o più delle domande, gentilmente fornisca una spiegazione nello spazio sottostante. Se dovessero essere necessarie ulteriori informazioni, l'IBLCE La contatterà in via confidenziale per ottenerle. **Se non risponde ad una o più delle domande e/o non fornisce una spiegazione nello spazio sottostante per ogni "SI", la Sua domanda subirà un ritardo nell'elaborazione.**

- (1) Negli ultimi dieci (10) anni è stato/a dipendente o è attualmente dipendente da alcol, narcotici, stupefacenti, farmaci o altre sostanze che alterano o limitano lo stato di coscienza, o se la dipendenza non è trattata è probabile che alteri o limiti in futuro, fisicamente o mentalmente in modo importante, la vostra abilità di effettuare i doveri essenziali (vedi la domanda numero 3 sotto per un elenco) dell'operatore sanitario, o consulente in allattamento materno?

SI NO

- (2) Attualmente è affetto/a da qualche patologia cronica o grave fisica o mentale che compromette o limita, o se non trattata è probabile che comprometta o limiti in modo importante, la Sua abilità di effettuare i doveri essenziali (vedi la domanda numero 3 per un elenco) di operatore sanitario o consulente in allattamento materno?

SI NO

- (3) E' mai stato condannato per un crimine (escluse le violazioni di poco conto del codice della strada) che è collegato a, o di importanza rilevante alla valutazione della Sua capacità ed attendibilità di svolgere i doveri essenziali di un operatore sanitario o consulente in allattamento materno? Questi doveri includono: (1) il dovere di mantenere la fiducia del cliente/paziente (2) il dovere di comportarsi in modo ragionevolmente diligente (3) il dovere di fornire un servizio competente (4) il dovere di mantenere un'integrità personale (5) il dovere di rendere conto al sistema sanitario (6) il dovere di mantenere gli standard della professione di consulente in allattamento (7) il dovere di esercitare giudizio professionale e indipendente e di evitare conflitti di interesse, (8) il dovere di seguire la decisione disciplinare dell'IBLCE e (9) il dovere di promuovere proteggere e sostenere l'allattamento al seno.

SI NO

- (4) E' mai stato/a soggetto/a ad una denuncia o querela a seguito della quale è stata intrapresa un'azione disciplinare o correttiva? Queste azioni includono, ma non sono limitate alla revoca, sospensione o limitazione di qualsiasi licenza commerciale o professionale collegate alle Sue azioni, consigli, azioni svolte o non svolte in quanto professionista sanitario/a o consulente in allattamento materno o consulente volontaria, o altre azioni svolte nell'ambito sanitario (che includono ma non sono limitate a reclami sul posto di lavoro e reclami davanti a un ente amministrativo, in ente di abilitazione, un collegio professionale, un gruppo professionale, un tribunale, mediatore, un arbitratore o altro tribunale)?

SI NO

- (5) E' attualmente soggetto/a ad una denuncia o querela a seguito della quale potrebbe venire intrapresa un'azione disciplinare o correttiva? Queste azioni includono, ma non sono limitate alla revoca, sospensione o limitazione di qualsiasi licenza commerciale o professionale collegate alle Sue azioni, consigli, azioni svolte o non svolte in quanto professionista sanitario/a o consulente in allattamento materno o consulente volontaria, o altre azioni svolte nell'ambito sanitario (che includono ma non sono limitate a reclami sul posto di lavoro e reclami davanti a un ente amministrativo, in ente di abilitazione, un collegio professionale, un gruppo professionale, un tribunale, mediatore, un arbitratore o altro tribunale)?

SI NO

RISPOSTE ALLE DOMANDE OBBLIGATORIE: Se la Sua risposta è "Sì" a una o più delle domande della sezione 12, gentilmente fornisca, nello spazio sottostante, una spiegazione alla Sua risposta.

TERMINI E CONDIZIONI:

Per cortesia legga attentamente le dichiarazioni che seguono; in seguito metta la Sua firma e la data a fondo pagina. Qualsiasi ricorso sarà risolto nel tribunale di Fairfax County, Virginia, USA. Se non mette la firma e la data a fondo pagina la Sua domanda subirà un ritardo nell'elaborazione.

DESIDERO PRESENTARE DOMANDA per prendere parte all'Esame di Diploma IBLCE per consulenti in allattamento materno. Sono consapevole che l'esame viene svolto in un'unica data ogni anno (l'ultimo lunedì di luglio) e che consiste esclusivamente in quiz a risposta multipla.

AUTOCERTIFICO CHE le informazioni fornite in questo modulo e quelle accluse ad esso sono corrette ed includono tutte le informazioni richieste.

MI RENDO CONTO CHE la mia domanda potrà essere verificata. Se la mia domanda verrà sottoposta ad una verifica, mi verrà richiesto di dare informazioni sufficienti per sostenere la mia idoneità. Inoltre, mi rendo conto che se le informazioni e la documentazione non sono sufficienti e/o non vengono fornite entro la scadenza prevista dall'IBLCE, non mi sarà permesso di sostenere l'esame.

ACCETTO la quota d'esame, le scadenze per la domanda e tutte le direttive che riguardano la domanda d'esame, il pagamento e i ricorsi, come illustrate nel materiale per la domanda d'esame IBLCE specifico della mia nazione. Mi rendo conto che, se non mi attengo a queste direttive, sarò soggetto a dei provvedimenti che includono, ma non sono limitati a quote supplementari e/o non idoneità all'esame.

ACCETTO CHE, nel caso che io superi l'esame, il mio nome sarà sulla lista dei diplomati e che l'IBCLC si riserva il diritto di verificare gli individui certificati negli interessi della protezione del pubblico.

ACCETTO di sostenere gli standard della professione di Consulente Professionale in Allattamento Materno (IBCLC) rispettando il Codice Etico per IBCLC dell'IBLCE, l'Ambito della Professione di IBCLC dell'IBLCE, le Competenze Cliniche per la Pratica di IBCLC e le Linee Guida per la Documentazione dell'IBLCE. Inoltre, mi rendo conto che l'IBLCE possiede l'autorità esclusiva di interpretare e amministrare i provvedimenti delle pubblicazioni nominate nella frase precedente.

ACCETTO di essere governato dalle Procedure Disciplinari dell'IBLCE per qualsiasi violazione del Codice Etico per IBCLC, l'Ambito della Professione di IBCLC dell'IBLCE, le Competenze Cliniche per la Pratica di IBCLC e/o le Linee Guida per la Documentazione dell'IBLCE. Inoltre, qualora ci fosse una lamentela di natura etica nei miei confronti, mi rendo conto che ho il dovere di partecipare e collaborare nel procedimento disciplinare. (Prego consultare www.iblce.org per una copia di queste pubblicazioni.)

CONSAPEVOLMENTE ED INTENZIONALMENTE RINUNCIO a qualsiasi legittimo diritto di richiedere, di riesaminare o ricevere qualsiasi informazione riguardante le parole o il contenuto di una domanda o di un'immagine o il contenuto di una fotografia che fa parte della banca dati dell'Esame IBLCE, dal momento che sono consapevole che l'IBLCE deve mantenere queste informazioni confidenziali al fine di preservare l'integrità dell'esame stesso.

ACCETTO CHE dopo aver esaminato la domanda d'esame e la documentazione acclusa, l'IBLCE possa effettuare ulteriori accertamenti che ritiene opportuni al fine di verificare le informazioni che ho inviato e constatare la mia personalità e la mia adeguatezza ad intraprendere l'attività di consulente per l'allattamento. Mi rendo conto che potrei essere escluso/a in base a comportamento immorale, non professionale o inadeguato o disonesto o contrario all'adeguatezza di esercitare la professione di consulente per l'allattamento.

MI RENDO CONTO CHE l'IBLCE considera la salute mentale un requisito per la certificazione, compresa l'attuale assenza di sintomatologia di una malattia mentale non curata o non controllata che impedisca o limiti la capacità del candidato di esercitare quale consulente per l'allattamento in modo competente e professionale e la improbabilità di una ricaduta di qualsiasi pregressa malattia mentale.

MI RENDO CONTO CHE il modo principale in cui l'IBLCE comunicherà con me è via email. Pertanto, mi rendo conto che l'IBLCE rispetta la privacy degli individui e ha adottato una politica della privacy che garantisce che l'IBLCE raccolga, elabori e utilizzi informazioni personali in una maniera conforme ai più alti standard. Questa politica della Privacy è disponibile su www.iblce.org.)

Firma del Candidato _____

Data _____