

## Richiesta di riconoscimento CSS per psicoterapisti nell' ambito dell'assicurazione complementare

IMPORTANTA: Vengono presi in considerazione soltanto i formulari debitamente compilati.

### Dati personali

Cognome Data di nascita

Nome e-mail

Numero di telefono

GLN

In possesso di autorizzazione all'esercizio della professione come psicoterapeuta?

Si No

Cantone di autorizzazione

Data di autorizzazione

Numero RCC AOC disponibile?

Si No

In caso affermativo, indicare numero RCC

### Indirizzo privato

Via Numero civico

Luogo Numero postale

### Recapito lavoro

non disponibile

Nome dello studio

Via Numero civico

Luogo Numero postale

Presentando la richiesta, confermo l'esattezza dei dati e che non fornisco prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOC). Qualora in un secondo momento dovessi decidere di richiedere un'autorizzazione a fornire prestazioni a carico dell'AOC e/o di fornire prestazioni a carico dell'AOC, confermo di comunicarlo immediatamente alla CSS.

Luogo e data

Firma

Si prega di inviare il modulo a [info.psychotherapeuten@css.ch](mailto:info.psychotherapeuten@css.ch) oppure per posta a CSS Versicherung / Ambulante Tarifverträge / Tribschenstrasse 21 / Postfach 2568.