

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ANNO 2020

PERCORSO FORMATIVO VIRTUALE PER FAMILIARI, VOLONTARI E BADANTI PER IL SUPPORTO AI MALATI DI ALZHEIMER E ALLE FAMIGLIE "LA GESTIONE E LA CURA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA"

Spett.le
Associazione Alzheimer Frosinone ODV
Viale G. Mazzini snc - Ex Ospedale Piano -1
03100 Frosinone

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NOME _____ COGNOME: _____ SESSO: M F

NATO/A A _____ PROV. _____ IL ____/____/____ NAZIONE _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____ N° _____ CAP _____

COMUNE DI _____ PROV. _____

TEL. _____ CELL. _____

E-MAIL _____ @ _____

C.F. _____

FAMILIARE/CAREGIVER

VOLONTARIO

BADANTE

APPARTENENZA ALTRE ASS. DI VOLONTARIATO NO SI _____
(SE SI, SPECIFICARE)

QUALIFICA OPERATORE SOCIO-SANITARIO NO SI _____
(SE SI, SPECIFICARE)

CHIEDE

al Consiglio Direttivo di essere ammesso/a a partecipare al Corso di Formazione "La gestione e la cura del paziente affetto da demenza" organizzato dall'Associazione Alzheimer Frosinone ODV.

Frequenza gratuita previa iscrizione all'Associazione Alzheimer Frosinone ODV in qualità di Socio ordinario.

La richiesta di iscrizione dovrà pervenire entro il giorno **15 Ottobre 2020** tramite e-mail all'indirizzo **info@alzheimerfrosinone.it**

Si prenderanno in considerazione solo le richieste correttamente redatte per un massimo di 50 iscrizioni.

Al termine del corso verrà rilasciato un attestato di frequenza.

L'organizzazione si riserva la possibilità di apportare modifiche qualora vi sia necessità.

Tutte le comunicazioni saranno inviate via e-mail o sms.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al numero **348 7729013** lunedì, mercoledì e venerdì dalle 9:00 alle 13:00.

Autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità legate alla partecipazione al corso ai sensi del Regolamento UE/2016/679 G.D.P.R.

DATA ____/____/____

FIRMA _____