

**CORSO FORMATIVO MEDICO-SANITARIO PER ASSISTENTI FAMILIARI
(DA BADANTI A PROFESSIONISTE DELLA PRESA IN CARICO)**

Organizzato da:

Patrocinio Comune di OSTRA



Richiesta di partecipazione

La/Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nata/o il _____ a _____

residente a _____ via _____, n° _____

recapito telefonico _____ e-mail _____

chiede l'ammissione

al Corso di formazione medico-sanitario per assistenti familiari: da badanti a professioniste della presa in carico.

Inoltre dichiara:

- | | | |
|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> di conoscere la lingua italiana | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> di aver svolto lavoro di Assistente Familiare | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> di svolgere attualmente lavoro di Assistente Familiare | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> se SI , che la patologia prevalente nella persona assistita è _____ | | |
| <input type="checkbox"/> di NON aver mai svolto lavoro di Assistente Familiare | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> di aver partecipato ad altri corsi formativi per Ass.Fam. | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> se si , quali? _____ | | |

Riferimenti della famiglia

Cognome e nome _____

Residente _____

Recapito telefonico _____

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali forniti

Data __ maggio 2017

Firma _____

DURATA DEI CORSI 36 ore

dal 27 maggio al 31 luglio 2017

ISCRIZIONI e INFORMAZIONI

Centro Medico FAMILY MED - CASINE DI OSTRA

tel. 071688262 – 3396882386 email segreteria@familymed.eu

Comune di Ostra – ufficio Protocollo negli orari dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 13.00

Tel 0717980606 .email: protocollo@comune.ostra.an.it

Associazione QuiSaluteDonna Onlus

tel. 3472330303 – email organizzazione.quisalutedonna@gmail.com

Croce Verde Via Po 4 Pianello di Ostra – 0717980220 – croceverdeostra@interfree.it

SEDE DEI CORSI

Centro Medico FAMILY MED Via Grande Torino n.2 CASINE DI OSTRA – Allegare documento d'identità