

**SCHEDA DI PRE ISCRIZIONE
CORSO DI ALTA FORMAZIONE**

**L'EQUIPE CHE "CURA": IL RAPPORTO CON IL MALATO TERMINALE E LA SUA FAMIGLIA
(ONCOLOGICO, AFFETTO DA HIV, SLA)**

**Maggio-Dicembre 2017
Hotel Excelsior, Bari**

ANAGRAFICA del partecipante (tutti i campi si intendono obbligatori)

CODICE FISCALE:																					
COGNOME:													NOME:								
NATO A													IL								
INDIRIZZO ABITAZIONE:													N. CIVICO:								
CAP:							CITTA':							PROVINCIA:							
CELL:													E-MAIL:								
DISCIPLINA DI RIFERIMENTO:	<u>MEDICO:</u> <input type="checkbox"/> MEDICINA GENERALE <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA <input type="checkbox"/> PSICHIATRIA																				
	<u>PSICOLOGO:</u> <input type="checkbox"/> PSICOLOGIA GENERALE <input type="checkbox"/> PSICOTERAPIA <input type="checkbox"/> ASSISTENTI SOCIALI <input type="checkbox"/> OPERATORI SOCIO SANITARI <input type="checkbox"/> INFERMIERI <input type="checkbox"/>																				
	<input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> PRIVO DI OCCUPAZIONE <input type="checkbox"/> CONVENZIONATO C/O _____																				
	INVITATO DA (SPONSOR): ///																				
	FIRMA _____																				

Firma _____