

**workshop / laboratorio**

**A** **Ho un sospetto: cosa penso, cosa faccio e cosa dico?**

**B** **Il primo incontro con la struttura sanitaria: che cosa sta succedendo?**

**C** **L’intervento e il percorso di cura:
qualcuno mi ascolta?**

**D** **Pazienti per sempre?**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Si prega di compilare la scheda di iscrizione
in stampatello in tutte le sue parti e inviarla
via fax: 0434 659864
via e-mail: infoformazione@cro.it

**Le iscrizioni verranno accettate
fino a esaurimento posti.**

**Numero massimo partecipanti 80 persone.**

Cognome

|  |
| --- |
|  |

Nome

|  |
| --- |
|  |

Data di nascita

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Luogo di nascita

|  |
| --- |
|  |

E-mail

|  |
| --- |
|  |

Indirizzo residenza

|  |
| --- |
|  |

Città

|  |
| --- |
|  |

CAP Prov.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**workshop / laboratorio scelto**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A |  | B |  | C |  | D |