

OGGETTO: Richiesta partecipazione al **CORSO:**

INCONTRO CON OPERATORI SOCIO-SANITARI E CAREGIVER FAMILIARI/PROFESSIONALI

“Prevenire e prendersi cura: il PPDTA dell’Osteoporosi e delle fratture da fragilità quale Modello partecipativo regionale per il management delle patologie croniche”

Che si svolgerà martedì 26 novembre 2024 dalle ore 15.00 alle 17.30 presso Aula Gialla AST Pesaro Urbino, via Ceccarini 38 - Fano

Il sottoscritto _____

Luogo e Data di nascita _____

Categoria:

☐ O.S.S. ☐ CAREGIVER FAMILIARE ☐ CAREGIVER PROFESSIONALE

☐ ALTRO (specificare _____)

Luogo di lavoro / assistenza _____

Indirizzo email _____

N° telefono/cellulare _____

Indirizzo Abitazione _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Consento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 10 Legge 675/96.

CHIEDE

l'iscrizione, in qualità di **PARTECIPANTE** al Corso di Formazione in oggetto

A tal fine il sottoscritto/a _____ specifica che esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità.

Distinti saluti.

Il Richiedente

Data _____

N.B. LA PRESENTE SCHEDA DEVE ESSERE INVIATA ALL'INDIRIZZO MAIL
formazione.ast.pu@sanita.marche.it

PER INFORMAZIONI: 0721.424447 ore 9-12 (UOS Igiene della Nutrizione)