

LABORATORIO DI ARTE TERAPIA PER MALATI DI ALZHEIMER

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

NOME E COGNOME DEL MALATO:

NOME E COGNOME DEL FAMILIARE:

NUMERO TEL. _____

(reperibilità orario ufficio)

Il malato è seguito presso il nostro centro:

sì

no

La presente richiesta dovrà essere consegnata presso il bancone centrale della reception all'ingresso al 2° piano o essere inviata via Fax al n. 0331 393359

In alternativa, è possibile comunicare la richiesta di partecipazione alla segreteria dell'Associazione (mercoledì dalle 15.00 alle 17.00, tel 0331-393443).

Data