

MALATTIA DI ALZHEIMER UNA REALTÀ CON CUI CONVIVERE E CONFRONTARSI E RETE COMUNITÀ DI SUPPORTO



SCHEDA ISCRIZIONE CORSO FAMIGLIARI – PARENTI DEI MALATI ALZHEIMER

COGNOME E NOME _____

RESIDENTE A _____ IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO _____ CELL _____

E. MAIL _____

DICHIARA

- ☐ di essere interessato a partecipare al corso per famigliari / parenti dei malati di Alzheimer
- ☐ di volere conoscere e essere informati su tutte le iniziative promosse dai Comuni riguardante la malattia di Alzheimer
- ☐ di volere essere contattato/a dal Comune per conoscere data e luogo
- ☐ di volere essere contattato/a dai Servizi Sociali del Comune per quanto riguarda tutte le informazioni e le iniziative relative la malattia di Alzheimer.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali contenuti nella presente scheda.

La informiamo che i dati da Lei forniti potranno essere oggetto di trattamento da parte del personale del Comune, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, ai sensi e nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Preso atto dell'informativa il/la sottoscritto/a dichiarante acconsente al trattamento dei dati personali qui contenuti in quanto funzionali agli scopi per i quali è posto in essere.

data _____ Firma _____

Per l'iscrizione al corso deve essere compilata e firmata la scheda e consegnata presso la segreteria o uffici dei servizi sociali dei 6 comuni entro il 13 gennaio 2017

Con il patrocinio



COMUNE DI
VILLA CORTESE



COMUNE DI
BUSTO GAROLFO



COMUNE DI
SAN GIORGIO
SU LEGNANO



COMUNE DI
DAIRAGO



COMUNE DI
CANEGRATE



COMUNE DI
RESCALDINA



Busto Garolfo - Canegrate - Cerro Maggiore - Dairago
Legnano - Nerviano - Parabiago - Rescaldina
S. Giorgio su Legnano - S. Vittore Olona - Villa Cortese