

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE



FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA
OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO
Sistema Sanitario Regione Lombardia



Regione Lombardia

DATI DEL MINORE CON DISABILITA'

NOME e COGNOME _____

DIAGNOSI _____

DATI DEL PARTECIPANTE

NOME E COGNOME _____

ETA' _____

in qualità di (specificare) _____

Residente a _____ prov _____

via/piazza _____ n. _____ CAP _____

Cel. _____ - Tel. ____ / _____ - fax. ____ / _____

e mail _____

CHIEDE DI PARTECIPARE a

“Famiglieingruppo”

Progetto DISABILITA' E FAMIGLIA.

La diagnosi di disabilità grave come emergenza familiare e dei contesti educativi: strumenti e metodi per far fronte ai bisogni.

- GRUPPO SIBLINGS
- GRUPPO NONNI
- GRUPPO FAMIGLIA

Da inviare compilato a: fax 02/58308209 - e-mail famiglieingruppo@gmail.com

Per info: 02.58305733 (Miriam Bassani)

Autorizzo al trattamento dei dati contenuti sulla presente scheda, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Data _____

Firma _____