

Convegno Nazionale Famiglie SMA "Vivere con la SMA" 20-22 giugno 2014

6° edizione dello Stage teorico-pratico "Mio figlio ha una 4 ruote" 15-22 giugno 2014

Lignano Sabbiadoro (UD), residence "Alle Vele" - villaggio Ge. Tur.

MODULO DI ISCRIZIONE DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE ON-LINE

IL PRESENTE MODULO CARTACEO È UTILIZZABILE ECCEZIONALMENTE SOLO DA CHI FOSSE IMPOSSIBILITATO AD EFFETTUARE L'ISCRIZIONE VIA WEB:
PER INFORMAZIONI CONTATTARE LA SEGRETERIA

Segreteria organizzativa convegno: convegnosma@famigliesma.org
Tel. 345 2599975, Fax 178 2712609
Segreteria organizzativa stage: katjuscia.marconi@policlinico.mi.it

Prenotazione a nome di _____ N° dei partecipanti: _____

Data di arrivo _____ Data di partenza _____

Via/Piazza e numero civico _____

Cap _____ Località _____ Provincia _____

Recapito telefonico _____ FAX _____

E-mail _____

ISCRIZIONE A:

- STAGE TEORICO-PRATICO "Mio figlio ha una 4 ruote" – dal 15 al 22 giugno con possibilità di partecipare al Convegno – include PENSIONE COMPLETA: arrivo sabato 15 con cena inclusa e partenza domenica 22 pranzo incluso
- CONVEGNO SULL'ATROFIA MUSCOLARE SPINALE "Vivere con la SMA" dal 20 al 22

Il capofamiglia è in possesso della polizza RC contro gli infortuni / Tipo carrozzina _____

La polizza RC include estensione per carrozzina elettronica

Tipologia di camera: _____ (n° posti letto MAX 5) richiesta di lettino da campeggio

COMPILARE SE SI PARTECIPA AL SOLO CONVEGNO

PENSIONE COMPLETA (cena sera precedente e pranzo del giorno):

- con pernottamento tra giovedì e venerdì
 con pernottamento tra venerdì e sabato
 con pernottamento tra sabato e domenica

PARTECIPAZIONE ALLE GIORNATE DI:

- venerdì
 sabato
 domenica

PASTI EXTRA (esclusi dalla pensione completa):

- Cena giovedì 19 giugno
 Pranzo venerdì 20 giugno
 Cena venerdì 20 giugno
 Pranzo sabato 21 giugno
 Cena sabato 21 giugno
 Pranzo domenica 22 giugno

NOTE: _____

1. Cognome _____ Nome _____

Comune di residenza _____ Comune di Nascita _____

Data di Nascita _____ Età _____

Affetto SMA (tipologia di SMA ____)/Altra patologia _____

Operatore del settore: specializzazione/qualifica _____
ente di appartenenza _____

posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con SSN dipendente

Familiare

Altro

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per NUOVI GENITORI SMA

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per CONSULENZA ORTESICA

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per OPERATORI

Colloqui individuali e di coppia – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30

Colloqui di gruppo – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30

SOLO OPERATORI: Colloqui individuali operatori – dott. Casiraghi psicologo – venerdì 21 ore 16.30 (ad esaurimento)

SOLO OPERATORI: Accreditemento ECM - Provider T&C Company S.r.l. - ID xxxxx (quota di iscrizione 20€)

SOLO SPECIALIZZANDI: Richiesta di partecipazione al Workshop SMART del venerdì (posti ad esaurimento)

2. Cognome _____ Nome _____

Comune di residenza _____ Comune di Nascita _____

Data di Nascita _____ Età _____

Affetto SMA (tipologia di SMA ____)/Altra patologia _____

Operatore del settore: specializzazione/qualifica _____
ente di appartenenza _____

posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con SSN dipendente

Familiare

Altro

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per NUOVI GENITORI SMA

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per CONSULENZA ORTESICA

Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per OPERATORI

Colloqui individuali e di coppia – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30

Colloqui di gruppo – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30

SOLO OPERATORI: Colloqui individuali operatori – dott. Casiraghi psicologo – venerdì 21 ore 16.30 (ad esaurimento)

SOLO OPERATORI: Accreditemento ECM - Provider T&C Company S.r.l. - ID xxxxx (quota di iscrizione 20€)

SOLO SPECIALIZZANDI: Richiesta di partecipazione al Workshop SMART del venerdì (posti ad esaurimento)

3. Cognome _____ Nome _____

Comune di residenza _____ Comune di Nascita _____

Data di Nascita _____ Età _____

Affetto SMA (tipologia di SMA ____)/Altra patologia _____

Operatore del settore: specializzazione/qualifica _____
ente di appartenenza _____

posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con SSN dipendente

Familiare

Altro

- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per NUOVI GENITORI SMA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per CONSULENZA ORTESICA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per OPERATORI
- Colloqui individuali e di coppia – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- Colloqui di gruppo – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- SOLO OPERATORI: Colloqui individuali operatori – dott. Casiraghi psicologo – venerdì 21 ore 16.30 (ad esaurimento)
- SOLO OPERATORI: Accreditalmento ECM - Provider T&C Company S.r.l. - ID xxxxx (quota di iscrizione 20€)
- SOLO SPECIALIZZANDI: Richiesta di partecipazione al Workshop SMART del venerdì (posti ad esaurimento)

4. Cognome _____ Nome _____

Comune di residenza _____ Comune di Nascita _____

Data di Nascita _____ Et  _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA ____)/Altra patologia _____
- Operatore del settore: specializzazione/qualifica _____
ente di appartenenza _____
posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con SSN dipendente
- Familiare
- Altro

- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per NUOVI GENITORI SMA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per CONSULENZA ORTESICA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per OPERATORI
- Colloqui individuali e di coppia – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- Colloqui di gruppo – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- SOLO OPERATORI: Colloqui individuali operatori – dott. Casiraghi psicologo – venerdì 21 ore 16.30 (ad esaurimento)
- SOLO OPERATORI: Accreditalmento ECM - Provider T&C Company S.r.l. - ID xxxxx (quota di iscrizione 20€)
- SOLO SPECIALIZZANDI: Richiesta di partecipazione al Workshop SMART del venerdì (posti ad esaurimento)

5. Cognome _____ Nome _____

Comune di residenza _____ Comune di Nascita _____

Data di Nascita _____ Et  _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA ____)/Altra patologia _____
- Operatore del settore: specializzazione/qualifica _____
ente di appartenenza _____
posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con SSN dipendente
- Familiare
- Altro

- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per NUOVI GENITORI SMA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per CONSULENZA ORTESICA
- Incontro con Chiara Mastella e collaboratori SAPRE per OPERATORI
- Colloqui individuali e di coppia – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- Colloqui di gruppo – dott. Jacopo Casiraghi psicologo – sabato 22 dalle 14.30
- SOLO OPERATORI: Colloqui individuali operatori – dott. Casiraghi psicologo – venerdì 21 ore 16.30 (ad esaurimento)
- SOLO OPERATORI: Accreditalmento ECM - Provider T&C Company S.r.l. - ID xxxxx (quota di iscrizione 20€)
- SOLO SPECIALIZZANDI: Richiesta di partecipazione al Workshop SMART del venerdì (posti ad esaurimento)