



Associazione "Lapo" ONLUS

Associazione Italiana Famiglie, Enti e Professioni
contro le Malattie Neurologiche e Psichiatriche dell'Età Evolutiva

Sezione "Il pupazzo di garza"

Sezione per la formazione e la riabilitazione nelle malattie gravi
e potenzialmente mortali dell'età evolutiva

CORSO FORMATIVO ON LINE

LE RELAZIONI DI CURA NEI PAZIENTI GRAVI IN PEDIATRIA:

SOSTENERE PER AIUTARE

Firenze 5 / 6 / 13 / 19 / 20 marzo 2021

QUOTA DI PARTECIPAZIONE: € 150,00

Per i **Soci della Associazione "Lapo"** in regola con la quota sociale per l'anno 2021 € 100.

Numero max di partecipanti: 30

Scadenza domanda di iscrizione: 25 febbraio 2021

MODALITÀ DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO

Compilare la scheda di iscrizione sotto riportata (**obbligatoria per tutti i partecipanti**) e copia del bonifico bancario da **inviare per e-mail** a: info@associazionelapo.com

Coordinate bancarie Associazione "Lapo" ONLUS:

Cassa di Risparmio di Firenze **IBAN IT 75 C 01030 02842 000063269852**

Per informazioni si prega di rivolgersi a

Dott.ssa Debora Tringali: e-mail ilpupazzodigarza@libero.it

Segreteria Associazione Lapo: Sig.ra Chiara Martigli e-mail: info@associazionelapo.com;

www.associazionelapo.com

SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO FORMATIVO ON LINE
LE RELAZIONI DI CURA NEI PAZIENTI GRAVI IN PEDIATRIA:
SOSTENERE PER AIUTARE

Firenze 5/ 6 / 13 / 19/ 20 marzo 2021

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV _____

TELEFONO _____ CELL. _____

E-MAIL _____

PROFESSIONE _____

BARRARE

- Non Socio**
 Socio Ordinario Associazione Lapo
 Socio Collettivo Associazione Lapo (specificare i nominativi dei 3 rappresentanti)
- _____

MODALITA' DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO

Scheda di iscrizione (**obbligatoria per tutti i partecipanti**) e copia del bonifico bancario da inviare per e-mail a: info@associazionelapo.com.

Coordinate bancarie Associazione "Lapo" ONLUS: Cassa di Risparmio di Firenze

IBAN IT 75C0103002842000063269852

DATA _____

FIRMA _____

In conformità con quanto disposto dalla Legge 675/96 dichiaro il mio consenso per il trattamento dei miei dati personali ai fini del ricevimento delle informazioni richieste. **Si** **No**

Firma _____