

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO E SALUTE MENTALE -WORKSHOP-

SCHEDA DI ISCRIZIONE

CognomeNome

Luogo di nascitaData nascita

Codice Fiscale

IndirizzoCittà.....Cap.....

TelefonoEmail.....

ProfessioneEnte di appartenenza

Desidero ricevere ulteriori informazioni sull'Amministrazione di Sostegno

Data

Firma

La raccolta dei dati personali è operata ai sensi del D. Lgs. N. 196 del 30/06/03. Il trattamen-

QUESTIONARIO INTRODUTTIVO WORKSHOP

1. Hai mai sentito parlare di AdS?

si no

2. Ti sei rivolto a qualcuno per avere informazioni sull'AdS? Se sì, a chi?

3. Se no, da chi vorresti essere informato?

dal tuo medico

dal tuo Comune

dall'ASL

da associazioni/volontariato

altro _____

La SCHEDA UNITAMENTE AL QUESTIONARIO deve essere inviata alla
Segreteria Organizzativa presso Anffas Brescia Onlus alla c.a. di Simona Cavalli
via fax 0302312717 o via mail a progettoads.bs@progettoads.net
Tel. 0302319071