



3. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  Affetto SMA (tipologia di SMA \_\_\_\_\_)

Operatore del settore: specializzazione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Posizione lavorativa:  libero professionista

convenzionato con il servizio socio sanitario

dipendente Familiare

Altro \_\_\_\_\_

Richiesta attestato di partecipazione

4. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  Affetto SMA (tipologia di SMA \_\_\_\_\_)

Operatore del settore: specializzazione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Posizione lavorativa:  libero professionista

convenzionato con il servizio socio sanitario

dipendente Familiare

Altro \_\_\_\_\_

Richiesta attestato di partecipazione

5. Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_  Affetto SMA (tipologia di SMA \_\_\_\_\_)

Operatore del settore: specializzazione \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_

Posizione lavorativa:  libero professionista

convenzionato con il servizio socio sanitario

dipendente Familiare

Altro \_\_\_\_\_

Richiesta attestato di partecipazione