



XV Convegno Nazionale ASAMSI 2017
“Dalla ricerca al farmaco, dal diritto alla libertà”
INCONTRO PER LE FAMIGLIE E GLI OPERATORI

Hotel Cosmopolitan, Bologna, sabato 4 novembre 2017

MODULO DI ISCRIZIONE

Invia il modulo via mail a: convegno@asamsi.org oppure
via FAX al numero: **050 - 53.00.22**

Numero dei partecipanti: _____
Via _____ n. _____
Cap _____ Località _____ Provincia _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____
PASTI RICHIESTI:
<input type="checkbox"/> Pranzo sabato 4 novembre offerto dall'Associazione
<input type="checkbox"/> Cena sabato 4 novembre offerto dall'Associazione
PERNOTTAMENTI RICHIESTI:
<input type="checkbox"/> Notte di venerdì 3 novembre
<input type="checkbox"/> Notte di sabato 4 novembre
<input type="checkbox"/> Necessità del sollevatore (ognuno porterà la propria imbracatura)
<input type="checkbox"/> Esigenze particolari di alimentazione: _____
NOTE _____

Durante la giornata saranno scattate foto e realizzati video da volontari dell'associazione. Il materiale potrebbe essere pubblicato sui social, sul sito istituzionale o utilizzato in altre forme per promuovere iniziative volte alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica circa la SMA e per far conoscere ASAMSI.

Di seguito verrà chiesta l'autorizzazione all'utilizzo delle immagini personali.

1.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA _____)
- Familiare
- Operatore del settore: specializzazione _____
- Ente di appartenenza _____
- Posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con il servizio socio sanitario
 dipendente altro _____
- Richiesta attestato di partecipazione
- Autorizzo l'uso delle mie immagini da parte dell'associazione

2.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA _____)
- Familiare
- Operatore del settore: specializzazione _____
- Ente di appartenenza _____
- Posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con il servizio socio sanitario
 dipendente altro _____
- Richiesta attestato di partecipazione
- Autorizzo l'uso delle mie immagini da parte dell'associazione

3.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA _____)
- Familiare
- Operatore del settore: specializzazione _____
- Ente di appartenenza _____
- Posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con il servizio socio sanitario
 dipendente altro _____
- Richiesta attestato di partecipazione
- Autorizzo l'uso delle mie immagini da parte dell'associazione

4.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA _____)
- Familiare
- Operatore del settore: specializzazione _____
- Ente di appartenenza _____
- Posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con il servizio socio sanitario
 dipendente altro _____
- Richiesta attestato di partecipazione
- Autorizzo l'uso delle mie immagini da parte dell'associazione

5.

Nome _____ Cognome _____ Età _____

- Affetto SMA (tipologia di SMA _____)
- Familiare
- Operatore del settore: specializzazione _____
- Ente di appartenenza _____
- Posizione lavorativa: libero professionista convenzionato con il servizio socio sanitario
 dipendente altro _____
- Richiesta attestato di partecipazione
- Autorizzo l'uso delle mie immagini da parte dell'associazione