



Associazione Gioco e Studio in Ospedale
www.giocoestudio.it
Settore Formazione

scheda di partecipazione al

CORSO DI FORMAZIONE **BAMBINI IN OSPEDALE**

sessione ECM Aviano 1, CRO di Aviano, Venerdì 18 e Sabato 19 Giugno 2010

DATI PERSONALI

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Abitante a _____ ()

Via _____

N. _____ CAP _____

Tel. ab. _____

Tel. cell. _____

Email _____

Titolo di studio _____

Attuale attività lavorativa _____

Recapito presso La ASL/OSPEDALE (1) _____

Via _____ N. _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ Fax _____ Email _____

Reparto/servizio _____

Primario/Responsabile _____

Acconsento, ai sensi della legge 31/12/96 N. 675 e succ. integrazioni, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali contenuti nella presente scheda per finalità attinenti al tema del corso.

(firma del partecipante)

1) Completare solo se si svolge attività, a qualsiasi titolo, presso qualche ASL/ospedale

L'Associazione Gioco e Studio in Ospedale non persegue scopo di lucro e si propone, tra l'altro, di promuovere, diffondere, salvaguardare e sostenere il diritto al gioco, allo studio, alla formazione ed allo sviluppo globale e continuo dei minori e degli adolescenti in condizioni di malattia, di ospedalizzazione e/o di assistenza domiciliare.

Sessione locale Aviano 1

partecipante proveniente da quota AGESO nazionale

Incollare qui la ricevuta del versamento
di **Euro 230** effettuato sul **CC Postale 13899166** intestato ad
Associazione Gioco e Studio In Ospedale,
c/o Istituto G. Gaslini - L.go G. Gaslini 5 - 16147 Genova

Il versamento deve **indicare come causale**
"Contributo al Corso Bambini in Ospedale - sessione Aviano 1"

attenzione:

verificare su <http://www.giocoestudio.it/formazione/aviano1>
la disponibilità di posti prima di effettuare il versamento

in caso di rinuncia da comunicare entro l'inizio del corso la quota è restituibile nella
misura di 200 Euro

Incollare qui la ricevuta del Vostro Contributo effettuato sul c/c

Incollare qui la ricevuta del Vostro Contributo effettuato sul c/c

La presente scheda deve essere inviata alla Associazione Gioco e Studio In Ospedale, c/o Istituto G. Gaslini - L.go G. Gaslini 5 - 16147 Genova **entro il 31 Maggio 2010. Essa va comunque** trasmessa via FAX al N. 06/233219378 o inviata via email a: formazione@giocoestudio.it

Per informazioni: Associazione Gioco e Studio in Ospedale
Tel. sede 010/5636826 - (Lun. e merc. dalle ore 10,30 alle ore 12,30)
Cell. 348/5249785 - (lunedì e mercoledì dalle ore 14 alle ore 16)
formazione@giocoestudio.it - segreteria@giocoestudio.it

Riservato alla segreteria AGESO

prot. _____ cat. _____ prof. _____

Abbiamo bisogno della tua presentazione per poter organizzare al meglio i contenuti specifici del corso ed i gruppi di lavoro.

Mi presento:

Il mio percorso di formazione _____

Le mie esperienze nel campo della pediatria _____

Il contributo personale che credo di poter portare al corso _____

Il mio lavoro attuale _____

Dal Corso "Bambini in Ospedale" mi aspetto _____

_____ (firma del partecipante)

E' gradita (ma non obbligatoria) la presentazione del partecipante da parte di una persona che svolge un ruolo di coordinamento nel reparto o servizio dove lavora (es. direttore didattico, responsabile della cooperativa di servizi, caposala, primario, ecc.)

Il servizio (scuola, ospedale, cooperativa, ecc.) si aspetta da questo corso...

data _____

_____ firma di chi presenta
e timbro del servizio di cui si è responsabili