

**4°Corso di Formazione per Volontari in Cure Palliative**

**Presso l’Hospice “Villa Speranza”**

Promosso dall’Associazione INSIEME Volontari in Cure Palliative

**SCHEDA DI ISCRIZIONE**

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha frequentato un precedente Corso di Formazione per Volontari ? SI NO

Se si quale ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data del Corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha avuto precedenti esperienze di Volontariato ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Attualmente svolge attività di Volontariato ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Perché desidera partecipare a questo corso ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Legge sulla Privacy**

Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 196/’03 - art. 13 - e successive, con la sottoscrizione della domanda si esprime il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per lo svolgimento delle attività inerenti gli scopi dello Statuto dell’Associazione.

 **Firma**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Corso è gratuito e prevede sei incontri settimanali, dal 26 Settembre al 31 Ottobre 2016,**

**ed un successivo periodo di tirocinio di circa tre mesi.**

Questa scheda, compilata in ogni sua parte, va consegnata o inviata per posta o per E-mail

All’Associazione INSIEME c/o Hospice “Villa Speranza” Via della Pineta Sacchetti 235 00168 Roma entro il 30 Giugno 2016

|  |
| --- |
| Riservata all'associazione |

*Sede legale: Via Pasquale II° 236 00168 Roma RM*

*Sede operativa : Hospice “Villa Speranza” Via della Pineta Sacchetti 235 00168 Roma RM*

*Tel. 06 3053262 - 3477341733 Email:* *as.insieme@virgilio.it* *CC postale 1005116296*

**Coordinate IBAN IT74H0760103200001005116296**