

**PROGRAMMA CORSO DI FORMAZIONE PER
FAMILIARI, CARE GIVER E VOLONTARI**

ISCRIZIONE CORSO

Nome _____

Cognome _____

Età _____

Studi effettuati _____

Attività lavorativa _____

Familiare di un malatto di alzheimer **SI** **NO**

E-mail _____

Motivazioni alla frequenza del corso

Aspettative sul corso

Richieste particolari sul tema specifico
