

ASSOCIAZIONE AVI (ALZHEIMER VASTO ITALIA) ONLUS

Richiesta di ammissione al corso di formazione sull'Alzheimer e altre demenze

Nome _____

Cognome _____

Studi effettuati _____

Attività lavorativa _____

Familiare di un malato di Alzheimer _____ SI _____ NO _____

E-mail _____

Motivazioni alla frequenza del corso _____

Aspettative sul corso _____

e-mail: alzheimervast@gmail.com

Pec: alzheimervast@pec.it

Facebook: Alzheimer Vasto Italia

IBAN: IT87 U081 8977 9100 0000 0016 611

Bcc Valle del Trigno Agenzia di Vasto