

SALUTE MENTALE INFINITI MONDI INFINITE POSSIBILITÀ



Il/la sottoscritt., nat.. a il / /,
chiede di essere iscritto al seminario **“Salute mentale Infiniti Mondi Infinite Possibilità”**
che si terrà il giorno 18 ottobre 2016 alle ore 9.30 presso la Chiesa dei Santissimi
Apostoli, via San Felice 15 – Nola.

Ai partecipanti sarà rilasciato attestato di partecipazione

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Psicologo |
| <input type="checkbox"/> | Medico Chirurgo |
| <input type="checkbox"/> | Assistente Sanitario |
| <input type="checkbox"/> | Infermiere |
| <input type="checkbox"/> | Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> | Altro (specificare) |

E-mail:
Telefono fisso
Telefono cellulare

Lì, / /

Firma

La presente scheda di iscrizione è da inviare entro e non oltre le ore 13,00 del 12
ottobre 2016 al seguente indirizzo: infinitimondinola@gmail.com