



## **SCHEDA DI ISCRIZIONE**

(INVIARE A: SMILE SERVICE – fax +39 040 3487023 – email: service@trieste2010.net)

Barrare il corso al quale si intende iscriversi. E' ammessa l'iscrizione ad **un solo** corso

- Per rendere attraversabili i luoghi della cura. Il centro di salute mentale 24 ore
- Per lavorare con le famiglie. Famiglie e persone con disturbo mentale: il carico, le reti, le associazioni, la partecipazione
- Per ritrovare nessi, scoprire significati, attraversare storie. La narrazione e i suoi linguaggi
- Per un'altra prospettiva possibile. Percorsi di recovery e di inclusione sociale
- Per riaffermare la centralità della persona. Il budget di salute/progetto terapeutico personalizzato
- Per usare il proprio capitale: L'amministratore di sostegno
- Per riconoscere il rischio che il disagio dei giovani diventi irrimediabile. L'esordio psicotico. Esperienze a confronto
- Per sostenere identità multiple. Associazioni, Cooperative, Imprese.
- Salute/Malattia. Le parole e le pratiche della medicina. Franca Ongaro Basaglia
- Per riportare Basaglia nella pratica quotidiana
- Per una pratica possibile attraverso le istituzioni del controllo

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita** \_\_\_\_\_

**Residenza** \_\_\_\_\_

**CAP e Sigla Provincia** \_\_\_\_\_

**Recapiti tel.: lavoro** \_\_\_\_\_ **cell.** \_\_\_\_\_

(si prega di fornire tutti i recapiti utili ad essere rintracciati per comunicazioni, anche urgenti, inerenti il corso)

**Indirizzo di posta elettronica** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Professione ECM** \_\_\_\_\_

**Ente d'appartenenza** \_\_\_\_\_

**Struttura Operativa (reparto)** \_\_\_\_\_

In base al D.vo 30/06/2003 n° 196 autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al corso.

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

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