



Progetto di azioni di sollievo  
per le famiglie con soggetti affetti  
da Malattia di Alzheimer

**Modulo di iscrizione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

di (nome e cognome del familiare in cura) \_\_\_\_\_

- residente
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nella circoscrizione Ponente - Genova       | <input type="checkbox"/> comune di Arenzano    |
| <input type="checkbox"/> nella circoscrizione Val Bisagno - Genova   | <input type="checkbox"/> comune di Cogoleto    |
| <input type="checkbox"/> nella circoscrizione Val Polcevera - Genova | <input type="checkbox"/> comune di Mele        |
| <input type="checkbox"/> comune di Campoligure                       | <input type="checkbox"/> comune di Tiglieto    |
| <input type="checkbox"/> comune di Masone                            | <input type="checkbox"/> comune di Sant'Olcese |
| <input type="checkbox"/> comune di Rossiglione                       | <input type="checkbox"/> comune di Serra Riccò |
| <input type="checkbox"/> comune di Campomorone                       | <input type="checkbox"/> comune di Ceranesi    |
| <input type="checkbox"/> altro (da specificare).....                 |  |

in cura presso il Centro Neurologico di \_\_\_\_\_

desidera aderire al progetto per:

- avere un incontro informativo presso un punto d'ascolto
- ottenere un pacchetto di ore di assistenza domiciliare entro l'anno
- beneficiare dell'assistenza domiciliare durante gli orari del ciclo di incontri suddetto
- partecipare a un gruppo di auto-mutuo aiuto
- altre necessità non offerte (precisare quali) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ho avuto notizie del progetto da \_\_\_\_\_

Il modulo è stato compilato presso \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

**Dichiarazione di consenso**

*Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 30 giugno 2003 n°196, codice in materia di protezione dei dati personali, anche in relazione ai diritti di cui l'art. 13, il sottoscritto consente la conservazione e la comunicazione dei propri dati da parte della Segreteria della Cooperativa Omnibus ai sensi di suddetta legge.*

firma \_\_\_\_\_