



## Corso di Perfezionamento in **ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov)  
di \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_.

cod.fiscale n.

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

tel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_.

titolo di studio \_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di partecipare al Corso di Perfezionamento in **ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DEFICIT COGNITIVO** che si terrà presso l'aula Magna/IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

Si allega ricevuta di versamento quota di iscrizione.

San Giovanni Rotondo,

Firma

### **INFORMAZIONI:**

“Segreteria Amministrativa Universitaria” – sede di San Giovanni Rotondo Viale Cappuccini  
(presso IRCCS – Casa Sollievo della Sofferenza)

Responsabile della segreteria organizzativa universitaria: **Maria Cristina AUCELLO**

Tel. 0882410921 Fax 0882459708

E-mail: [c.aucello@unifg.it](mailto:c.aucello@unifg.it)

---

**RICEVUTA PRESENTAZIONE DOMANDA:**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_.

In data \_\_\_\_\_ ha consegnato:

- **Ricevuta versamento quota d'iscrizione**
- **Domanda di partecipazione al corso di Perfezionamento**

San Giovanni Rotondo,

Firma