**Introduzione**

Il Centro d’incontro si configura come un servizio in grado di accogliere le persone con demenza e i loro familiari nella fase di malattia lieve, favorendo il loro adattamento nella gestione delle conseguenze cognitive, sociali ed emotive della malattia.

**Finalità del corso**

Conoscenza ed implementazione dei Centri D’incontro, dalla ricerca del bisogno, all’analisi ed alla strutturazione di risposte personalizzate.

**Destinatari**

Operatori coinvolti nella cura della persona con demenza e dei loro familiari.

**Programma**

Il corso consiste in 8 moduli di tre ore ciascuno, sviluppati in quattro giornate.

Ogni giornata svolgerà due moduli.

**Date**

1° Giornata venerdì 12 gennaio 2018

2° Giornata venerdì 19 gennaio 2018

3° Giornata venerdì 02 febbraio 2018

4° Giornata venerdì 09 febbraio 2018

**Direttore del corso**

Chattat Rabih – Professore di psicologia dell’invecchiamento Università di Bologna

**Sede del corso**

Sala Conferenze “G. Del Rio” in “Centro D’Incontro” presso Casa Alzheimer Villaricca- Corso Italia 395- (NA)

**Iscrizioni**

* Compilare la scheda d’iscrizione, inviarla al seguente indirizzo [info@amnesia-aps.it](mailto:info@amnesia-aps.it);
* Versamento di €: 50 al seguente IBAN: **IT 12 P033 5901 6001 0000 0063 886**

**Segreteria organizzativa**

Patrizia Bruno – [patrizia.bruno@amnesia-aps.it](mailto:patrizia.bruno@amnesia-aps.it) 3356310847

**SCHEDA ISCRIZIONE**

**DATI PERSONALI**

|  |
| --- |
| **Cognome: Nome:** |
| **Luogo di nascita: (Prov. )**  **Data di nascita (gg/mm/aa):** |
| **Stato (se diverso da ITALIA) Genere: M  F ** |
| **Indirizzo:** |
| **Città:**  **(Prov. ) CAP:** |
| **Regione:**  **Tel: Fax:** |
| **Posta elettronica (scrivere in stampatello):** |

**DATI PROFESSIONALI**

|  |
| --- |
| **Titolo di Studio:** |
| **􀀀 Diploma di** |
| **􀀀 Laurea in** |
| **Ente di appartenenza:** |

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE,**

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere scansionata e inviata [info@amnesia-aps.it](mailto:info@amnesia-aps.it)

**Non verranno considerate valide le domande prive della firma**.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003:** La informiamo che i dati raccolti verranno trattati e conservati secondo correttezza e utilizzati esclusivamente a fini amministrativi concernenti il rapporto di collaborazione con questa Associazione di cui alla presente richiesta. Non saranno oggetto di comunicazione né di diffusione. In ogni momento ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall’art. 13 della predetta legge ed in particolare chiedere la correzione, integrazione o cancellazione degli stessi.

Firma………………………………………………………..…… Data…………………………………………..