



!"#\$%&'()*+,-&,+)
!"#\$%&'()*+,-&./:01234
555)#&670"809":%(")%"

POMERIGGI ALZHEIMER

corso di formazione per familiari e badanti



MERCOLEDI 06 APRILE ORE 17.30 – 18.30

QUALE RELAZIONE CON LA PERSONA ?

Solange CARNEIRO e Diego CALLIGARIS (ass. Alzheimer Isontino)

MERCOLEDI 13 APRILE ORE 17.00 – 18.30

OPERATORE O FAMILIARE ? QUANDO I DUE ASPETTI COINCIDONO

Edda STOCKER (animatore sociale ed operatore Validation - ass. Alzheimer Isontino)

AMBIENTE, AUSILI PER LE ATTIVITA' QUOTIDIANE E RIABILITAZIONE

Dott.ssa Annapaola PRESTIA (psicologa - Centro Alzheimer Brescia)

GIOVEDI 21 APRILE ORE 17.00 – 18.30

ALZHEIMER: DIAGNOSI E DECORSO

Dott. Claudio ALBIERO (geriatra)

GIOVEDI 28 APRILE ORE 17.00 – 18.30

NORMATIVE E SERVIZI SOCIALI

Assistente Sociale - Servizio Sociale dei Comuni Ambito Distrettuale 2.2 "Basso Isontino"

IL CENTRO "ARGO"

Dott.ssa Sara ANGELINI (Psicologa – coordinatrice Centro "ARGO")

L'associazione **Alzheimer Isontino**, propone ai familiari delle persone con Alzheimer ed alle badanti delle lezioni a tema, per approfondire alcuni aspetti della malattia e migliorare le proprie competenze nel rapporto con la persona in difficoltà. Tutti gli incontri si svolgeranno presso la sede dell'associazione. Chi è interessato **ad iscriversi al corso** può telefonare allo 0481.790500 il lunedì dalle ore 16.00 alle 17.00.

Alzheimer Isontino

via Volta n. 26 - 34074 MONFALCONE (GO)
Tel. e fax: 0481.790500 - c.c.p. n. 26548321

N : _____

Data _____

SCHEDA ISCRIZIONE CORSO FORMAZIONE FAMILIARI

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTI

Richiedente: _____

nato a : _____ prov. _____ il: _____

domicilio: _____

Tel: _____ Cell: _____ e-mail: _____

Nome altre persone che partecipano: _____

Quale parentela hanno con Lei ? Marito Moglie Convivente Sorella/fratello
 Amica/o Altro _____

Oltre a Voi ci sono altri familiari coinvolti in modo significativo nell'assistenza ?

NO SI Quali sono ? _____

DATI FAMILIARE ASSISTITO

Familiare: _____ nato a il: _____

Quale parentela ha con Lei ? Padre Madre Marito Moglie Convivente
 Sorella/fratello Zia/o Amica/o Altro _____

domicilio (se diverso da sopra) : _____

Da quanto tempo ha la malattia ? _____

Ha un'assistenza domiciliare ? NO SI da quanto tempo _____
 a tempo pieno a tempo parziale

Inserito U.V.A. ? NO SI da quanto tempo _____

Inserito Centro ARGO ? NO SI da quanto tempo _____
 a tempo pieno a tempo parziale

Ha una badante ? NO SI da quanto tempo _____