**“NOI PER L’HOSPICE ODV”**

 Sede legale: Via Rosario, 3/B - 42016 Guastalla (RE)

**Codice Fiscale: 90015320352**

*noiperhospiceguastalla@gmail.com*

*noiperhospiceguastalla@mypec.eu*\_

[www.noiperlhospice-guastalla.org](http://www.noiperlhospice-guastalla.org)

tel. 3534622321

Iscritta nel registro regionale delle APS/ODV della Regione Emilia Romagna al n° 3897

 con atto n. 9713 del 31.07.2015. Iscritta al RUNTS n. Rep. 45378

**Per donazioni EMILBANCA – CODICE IBAN: IT 49 Z 07072 66360 000000157742**

**Per donazioni CREDIT AGRICOLE- GUASTALLA – CODICE IBAN: IT 26 S 06230 66360 000040461817**

MODULO DI PRE-ISCRIZIONE

NOME………………………………………………………………………………….

COGNOME…………………………………………………………………………….

TEL…………………………………………………………………………………………

NATA/O A ……………………………………………..IL…………………………..

RESIDENTE A …………………………………………………………………………

Sono interessato/a ad iscrivermi al Corso di Formazione per Volontari in Cure Palliative e terapia del dolore.

Sono disponibile ad un incontro conoscitivo, in data da concordare, con la psicologa, in ottemperanza del Rep. Atti n.103 del 9 luglio 2020.

Data…………… Firma