



Città di Salò



Azienda Ospedaliera  
di Desenzano del Garda

Sistema Sanitario  
Regione Lombardia



Spedali Civili Brescia



Comune di Gardone Riviera



Regione  
Lombardia  
ASL Brescia

## NUOVI PARADIGMI COMUNITARI NEL PRENDERSI CURA DELLE PERSONE CON DISABILITA': DIRITTI, EMPOWERMENT E AGENCY.

### EVENTO ECM

**12-13-14 DICEMBRE 2012 ... e poi...**

*Il Vittoriale degli Italiani - Gardone Riviera*

### 21 CREDITI ECM

*Con la partecipazione di:*

*Leonardo Manera, Charlie Cinelli,*

*Body Mind Center Salò, Let's Gong, DonneinCanto.*

*La cittadinanza è invitata. Ingresso libero.*

**01/12/2012 CONFERENZA STAMPA ORE 10.00/12.00**

*Sala Dei Provveditori - Municipio di Salò*

**IDEATRICE, PROMOTRICE E**

**ORGANIZZATRICE:**

**Liliana Foffa**

**Genitore - Amministratore di Sostegno**

**Commercialista in Salò:**

**333/9144778 - lilfoffa@tin.it**

**COMITATO SCIENTIFICO:**

**Dr. Sergio Monchieri - Salò**

**Dr. Alessandro Castellani - Verona**

**Dr. Giovanni de Girolamo - Brescia**

**Dr. Gianluigi Mansi - Lecco**

**Dr. Ciro Ruggerini - Reggio Emilia**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

**MediService**  
www.mediserviceinc.it

Via Garibaldi, 77 - 27051 Cava Manara (PV) Tel. 0382.454083 Cell. 348.3663234 Fax.: 0382.554500  
katia.mediservice@tiscali.it - rosita.mediservice@tiscali.it

**SOLO PER CREDITI ECM ISCRIZIONE € 80,00 (PIÙ IVA SE DOVUTA)**

## SCHEDA ISCRIZIONE "DOPO DI NOI"

2

€ 80,00 più IVA se dovuta  
indicare qui di seguito i dati per la fatturazione:

\_\_\_\_\_  
Cognome e Nome

\_\_\_\_\_  
Indirizzo di residenza (via/piazza, civico, località, cap, sigla provincia)

\_\_\_\_\_  
Codice fiscale

\_\_\_\_\_  
Professione/Disciplina

\_\_\_\_\_  
Telefono e Cellulare

\_\_\_\_\_  
E-mail

L'iscrizione è subordinata alla disponibilità dei posti ed all'invio della presente scheda d'iscrizione correttamente compilata in ogni campo unitamente alla ricevuta di pagamento a mezzo fax al n.: 0382/45-44-57.

**DA INVIARE ALLA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA MEDISERVICE S.R.L.**

**FAX. 0382.454457**

Modalità di pagamento

☐ Allego ricevuta bonifico bancario di € \_\_\_\_\_ presso **Banca Popolare di  
Vicenza-Fil.0635** V.le Golgi, 63/a - 27100 Pavia su C/C **IT 14 F 05728 11301 635570284798**  
intestato a  
MediService s.r.l.

☐ Allego copia Bollettino postale di € \_\_\_\_\_ sul C/C N. **77179109** intestato  
Mediservice s.r.l.

Causale: ISCRIZIONE Evento .....del .....

Con firma apposta sulla presente scheda, consento che i dati da me inseriti possano essere utilizzati da  
MediService s.r.l., ai sensi dell'articolo 13 Legge 675/96

FIRMA \_\_\_\_\_