



TALLER RECUPERACIÓN FUNCIONAL Y PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE A PERSONAS DEPENDIENTES

DATOS PERSONALES:

DNI:		Fecha nacimiento:	
Nombre:	Apellidos:		
Dirección:			
Tfno casa:		Tfno móvil:	
Email:			

Información de la persona solicitante:

___ Soy Auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Empresa: _____

___ Soy Cuidadora Profesional de Gran Dependiente:

Nombre de la persona Dependiente: _____

___ Otros

Especificar: _____

(El taller está dirigido a Auxiliares de Ayuda a Domicilio y Cuidadoras No Profesionales de Grandes Dependientes, que tendrán prioridad, el resto de personas interesadas solo podrán participar si quedan plazas disponibles en su caso y por orden de presentación de la solicitud)

En Medina Sidonia a de de 2021

Fdo. _____