

PROGRAMA PACIENT ACTIU: FORMULARI DE SOL.LICITUD / *FORMULARIO DE SOLICITUD*

DADES PERSONALS / *DATOS PERSONALES*

*Nom / *Nombre:*

*Cognoms / *Apellidos:*

Data de Naixement / *Fecha de Nacimiento:*

*Telèfon / *Teléfono:*

Correu Electrònic / *Correo Electrónico:*

*Nº SIP:

Centre de Salut / *Centro de Salud:*

CURSOS / *CURSOS*

Curs que es sol.licita
Curso que se solicita:

Tomando Control de tu Salud

Horari disponible / *Horario disponible:*

Matí/ *Mañana* Vesprada/ *Tarde* Indistint/ *Indistinto*

Com ha conegut el programa /
Cómo ha conocido el programa:

Personal Sanitari/ *Personal Sanitario* Internet/ *Internet*

Premsa/ *Prensa* Asoc.Pacients/ *Asoc.Pacientes*

OBSERVACIONS / *OBSERVACIONES*

Data / *Fecha:*

Lliurar el formulari al seu infermer/a o metge/ssa del centre de salut o enviar a la següent adreça: pacientactiu@gva.es

Entregar el formulario a su enfermero/a o médico/a en su centro de salud o enviar a la siguiente dirección: pacientactiu@gva.es