MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO

“ L’ ELABORAZIONE DEL LUTTO E L’ ACCOMPAGNAMENTO DEI SUPERSTITI ”

NOME……………………………………………………………………………………………………………………………………

COGNOME…………………………………………………………………………………………………………………………….

PARROCCHIA DI APPARTENENZA………………………………………………………......................................

NUMERO DI TELEFONO………………………………………………………………………………………………………….

NDIRIZZO E-MAIL……………………………………………………………………………………………………………………

ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI……………………………………………………………………………….

CONFERMARE IL POSSESSO DEL GREEN-PASS……………………………………………

Firma

…………………………………………………

Si prega di inviare il modulo compilato al seguente indirizzo e-mail: [**pastoralesanitaria@diocesisalerno.it**](mailto:pastoralesanitaria@diocesisalerno.it)

Qualora non si potesse inviare il modulo si può telefonare allo **089 2583052**

o al **3391166801** per concordare una modalità di consegna.