

PER INFORMAZIONI:

*Servizio di Alcologia-Centro Antifumo
Distretto Sanitario Centro Sud
Via San Giovanni Bosco, 6
38068 Rovereto*

tel. 0464-403611
(lun-ven 8.30-10.30)



DATE E SEDE DEL CORSO:

**da lunedì 23 a giovedì 26 maggio 2016
dalle ore 20.00 alle 22.00**

*Seguiranno quattro incontri
a cadenza settimanale
nei giorni*

mercoledì 1, 8, 15, 22 giugno 2016

*Il corso si terrà a Rovereto
presso l'Oratorio Rosmini- via Paganini, 12*

QUOTA DI ISCRIZIONE:

La quota di iscrizione è di 40,00 €
(devoluta alle associazioni che collaborano
per le spese di gestione del corso)

*Azienda Provinciale  per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

**Servizio di Alcologia-Centro Antifumo
Distretto Sanitario Centro Sud**

organizzano

***“Insieme per
non fumare più”***

**LABORATORIO
PER SMETTERE DI FUMARE**

in collaborazione con
A.C.A.T. Vallagarina e Montalbano

Il modello dell' "Auto Mutuo Aiuto" è alla base del percorso che si intende attivare.

L'esperienza del gruppo di auto mutuo aiuto per smettere di fumare è ormai consolidata e valida.

Il cambiamento del proprio stile di vita è facilitato dal confronto con gli altri membri del gruppo.

Il rinforzo della motivazione personale, l'apprendimento di tecniche e suggerimenti utili anche rispetto ad altri stili di vita e la solidarietà del gruppo rappresentano gli elementi essenziali del percorso.

Modificare i nostri stili di vita è alla base del benessere personale e comunitario e rappresenta un importante contributo alla salvaguardia del pianeta e della società umana.

COME AVVIENE L'ISCRIZIONE

- presentando l'allegato modulo al Servizio di Alcologia - Centro Antifumo del Distretto Sanitario Centro Sud Via San Giovanni Bosco, 6 38068 Rovereto
- inviando l'allegato modulo via fax allo 0464 403689
- telefonando al Servizio di Alcologia - Centro Antifumo del Distretto Sanitario Centro Sud allo 0464 403611

DURANTE GLI INCONTRI SI SUGGERISCE

LA PRESENZA DI UN

FAMIGLIARE O DI UNA PERSONA AMICA

Scheda d'iscrizione

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Nome del familiare o amico che condividerà questa esperienza

Ha mai provato a smettere di fumare?

SÌ ☐ NO ☐

La informo che i dati forniti tramite modulo entrano a far parte dell'archivio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento e saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. n.196/2003.

Ai sensi della D.lgs. n. 196/2003 autorizzo l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia autonoma di Trento al trattamento dei miei dati per la trasmissione di informazioni relative ad attività promosse dalla stessa.

Data e Firma _____