

**DATE E SEDE DEL CORSO:**

**27, 28, 29, 30 gennaio 2020  
dalle ore 20.00 alle 22.00**

**PER INFORMAZIONI:**

*Centro Alcologia, Antifumo e altre fragilità*

Via San Giovanni Bosco, 6  
38068 Rovereto

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



*Seguirà un incontro di richiamo  
mercoledì 5 febbraio 2019*

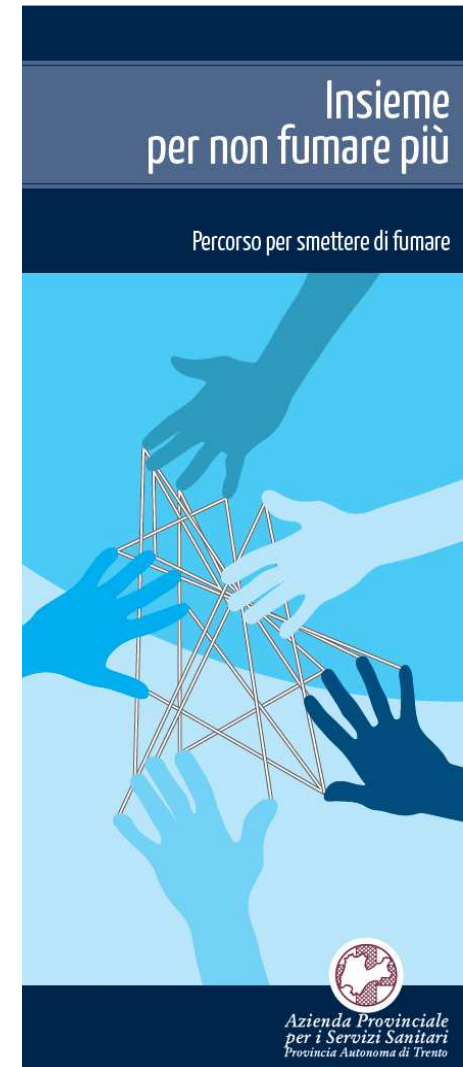
*Il corso si terrà a Rovereto  
Presso l'oratorio Borgo S. Caterina, 38*

**Centro Alcologia, Antifumo  
ed altre fragilità**

in collaborazione con

**A.C.A.T. Vallagarina e Montalbano**

Organizzano



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 Centro Alcologia, Antifumo e altre fragilità  
Via San Giovanni Bosco, 6  
38068 Rovereto
- inviando l'allegato modulo via fax al numero 0464 403689
- telefonando al Centro Alcologia, Antifumo e altre fragilità al numero 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 \_\_\_\_\_