

La partecipazione è prevista sino ad un massimo di 20 iscritti/e. In base alle esigenze formative ed organizzative del corso, i responsabili selezioneranno le domande. Coloro che sono interessati a partecipare al corso devono comunicarlo alla Segreteria Organizzativa, anche tramite fax, entro il 27/04/2013. Ad ogni partecipante che sarà stato presente ad almeno 2/3 delle lezioni verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

CESVOT
CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO TOSCANA



Associazione per l'aiuto ai giovani con
diabete
della provincia di Livorno

**INSIEME.....
SI PUO'**

CESVOT
CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO TOSCANA

In collaborazione con

**AVIS Comunale di Livorno
SERENA Coop a rl
FORMAT SERVICE
Circoscrizione 1**

INSIEME.... SI PUO'

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa

AGD LIVORNO ONLUS
Via L.Russo 52-Livorno
Tel e fax 0586426778
Orario di apertura: dal lunedì al venerdì 09:00/12:30
Email: agdliionlus@libero.it

**3 MAGGIO – 22 GIUGNO 2013
CIRCOSCRIZIONE 1
Piazza Saragat 1 – Livorno**

Corso di formazione per volontari

DESCRIZIONE DEL CORSO

Il progetto che consiste in un corso di formazione rivolto ai volontari delle associazioni o aspiranti volontari, intende stimolare una efficace comunicazione nella relazione tra genitori e figli adolescenti affetti da patologie croniche nonché la formazione di gruppi di lavoro. Il corso, della durata di 44 ore, è suddiviso in 40 ore di formazione in aula e 4 ore di seminari di apertura/chiusura.

FINALITA' ED OBIETTIVI

Sopperire alle carenze specifiche delle istituzioni supportandole nell'attività educativa attraverso percorsi integrati con figure dirette sia agli adolescenti che alle loro famiglie. Favorire il flusso di nozioni, conoscenze e confronti affinché gli stessi volontari ne siano gli artefici.

METODOLOGIE ADATTATE

Il corso si svilupperà integrando lezioni frontali e attività di laboratorio interattivo con gruppo di lavoro guidati da specialisti in tecniche di comunicazione, prendendo spunto da testimonianze concrete. Gli incontri mirano a fornire strumenti pratici e teorici ai volontari affinché acquisiscano abilità nella gestione di un percorso educativo al fine di migliorare e aumentare i servizi da offrire ai ragazzi affetti da patologie croniche.

TIPOLOGIA DEI DESTINATARI

Volontari attivi e aspiranti volontari

TUTOR

Santina Chierico

PROGRAMMA

3 MAGGIO Ore 14,30-16,30

Seminario di apertura, Presentazione del corso: Tamberi Laura, Presidente AGD Livorno Onlus, Daniela Bartalucci, Presidente Circoscrizione 1, Rappresentanti delle associazioni partner e docenti

3 MAGGIO Ore 16,30 – 20,30

GRUPPO E COMUNICAZIONE

Dott.ssa Irene Massai - (Psicologo/psicoterapeuta)

4 MAGGIO Ore 09.00 - 13.00

GRUPPO E COMUNICAZIONE

Dott.ssa Irene Massai - (Psicologo/psicoterapeuta)

10 MAGGIO Ore 16.00 - 20.00

MOTIVAZIONI E STRATEGIE COMUNICATIVE

Dott. Buccianti Marco - (Nutrizionista)

Prof. Lamberto Giannini - (Pedagoga)

17 MAGGIO Ore 15.00 - 20.00

FINALITA' DEL GRUPPO.

Dott. Buccianti Marco - (Nutrizionista)

Calzetti Elisa - (Testimone)

31 MAGGIO Ore 15.00 - 20.00

FINALITA' DEL GRUPPO e ACCETTAZIONE DI SE E DELL'ALTRO

Dott.ssa Irene Massai - (Psicologo/psicoterapeuta)

Prof. Lamberto Giannini - (Pedagoga)

1 GIUGNO Ore 09.00 - 13.00

ACCETTAZIONE DI SE E DELL'ALTRO

Calzetti Elisa (Testimone)

Demi Gessica (Testimone)

8 GIUGNO Ore 09.00 - 13.00

FINALITA' DEL GRUPPO.e ACCETTAZIONE DI SE E DELL'ALTRO

Dott.ssa Francesca Vignozzi - (Psicologo/psicoterapeuta)

15 GIUGNO Ore 08.30 - 13.30

PROSPETTIVE DI VITA FUTURE

Dott.ssa Francesca Vignozzi - (Psicologo/psicoterapeuta)

21 GIUGNO Ore 90.00 - 13.00

PROSPETTIVE DI VITA FUTURE

Dott.ssa Irene Massai - Psicologo/psicoterapeuta)

22 GIUGNO Ore 10.00 - 12.00

Seminario di chiusura, e presentazione dei risultati
Tamberi Laura, Presidente AGD Livorno Onlus, Daniela Bartalucci, Presidente Circoscrizione 1, Rappresentanti delle associazioni partner e docenti.

SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

INSIEME **SIPUO'**

Circoscrizione 1 – Piazza Saragat 1 Livorno3 maggio – 22 giugno 2013

COGNOME _____ NOME _____

Indirizzo _____ città _____ prov. _____

Cap _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

Titolo di studio _____ professione _____

Associazione/ente di appartenenza _____

Indirizzo _____ città _____ prov _____

Cap _____ tel. _____ fax _____ e-mail _____

Ai sensi del D.Lgs.n.196/2003, ricevuta l'informativa presente sul sito www.cesvot.it e presso la sede regionale e le delegazioni territoriali, consentono al CESVOT il trattamento dei presenti dati ai soli fini dello svolgimento del corso, anche con strumenti elettronici nonché per eventuali comunicazioni di altre iniziative formative.

NO SI _____ firma _____

data _____