***SENSIBILISATION A LA DEMARCHE PALLIATIVE***

***ASSUREE PAR L’USP TERRITORIALE***

**Nom et adresse de la structure / EHPAD :**

**Personne référents / à contacter au sein de l’EHPAD :**

 **Nom Prénom :**

 **Statut :**

 **N°tel : Mail :**

**Session de formation retenue :**

□ les 24-25/01/22 et 22/02/22

□ les 14-15/03/22 et 5/04/22

□ les 26-27/09/22 et 18/10/22

**Lieu de la formation** : à définir

* Si votre structure peut accueillir la formation : merci de nous l’indiquer

**Participants à inscrire :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM | PRENOM | STATUT |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Personne à contacter si besoin :**

***Christel Besnard, Chargée de Formation Continue - CH Douarnenez :***

formation@ch-douarnenez.fr ou 02 98 75 10 10 (standard) – poste 1491