Piano di cura di sé per chi presta assistenza

Nome _____

Settimana del _____

I segnali che mi avvertono che sono sovraccarico/a

Cosa mi aiuta a ricaricarmi

Chi può sostituirmi

PAUSE QUESTA SETTIMANA

	La mia pausa	Chi mi sostituisce
lunedì		
martedì		
mercoledì		
giovedì		
venerdì		
sabato		
domenica		

Una cosa a cui dirò di no