



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**"SISTEMA PECS - COME MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO"**

**ROMA 18/19/20/ MARZO 2010**

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081/8338733 o via mail [assuntavecchione@inwind.it](mailto:assuntavecchione@inwind.it) o via web al sito [www.sef-societaformazioneuropea.it](http://www.sef-societaformazioneuropea.it).**

**MODULO D'ISCRIZIONE**  
*Si prega di COMPILARE in stampatello*

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Cod. Fis. \_\_\_\_\_

*Ai fini del rilascio della fattura si prega di precisare:*

Intestatario \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Cod. Fisc./P.I. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)**

- Neuropsichiatra Infantile**
- Psicologo**
- Logopedista**
- Terapista Neuro e Psicomotricità Età Evolutiva**
- Audiologo**
- Foniatra**
- Terapista occupazionale**

**I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 196/2003)**

**Sono stati richiesti i credit ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate**