



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

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

**PERUGIA 23/24/25 APRILE 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*

**COME SIETE A CONOSCENZA DEL CORSO** \_\_\_\_\_