



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**"CORSO DI AGGIORNAMENTO DI 1° LIVELLO IN VESTIBOLOGIA CLINICA E RIABILITAZIONE VESTIBOLARE"**

**CASORIA 24 - 25 MAGGIO 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-societaeuropeaformazione.it](http://www.sef-societaeuropeaformazione.it).**

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

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

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

C.A.P. 00148 Città ROMA Provincia RM .

tel. \_\_\_\_\_ cell 339 3755426 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)**

- Otorinolaringoiatra
- Tecnico audiometrista
- Fioterapista
- Audiologo
- Foniatra

**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**