



## SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE

**CORSO DI AGGIORNAMENTO "SISTEMA PECS -COME MIGLIORARE LA**

**COMUNICAZIONE NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO"**

**CREMONA 2 - 3 - 4 LUGLIO 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 \_\_\_\_\_

- Psicologo**
- Logopedista**
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- Educatore professionale**
- Medici**

*Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)*

*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*