

**SOCIETA' EUROPEA DI FORMAZIONE**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO  
METODO FEURESTEIN  
CORSO P.A.S. BASIC**

**SALERNO 2012**

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

MODULO D'ISCRIZIONE

Si prega di COMPILARE in stampatello

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ai fini del rilascio della fattura si prega di precisare

**SE DIVERSO DAL PARTECIPANTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psicologi  | <input type="checkbox"/> Insegnanti  |
| <input type="checkbox"/> Logopedisti  | <input type="checkbox"/> Pedagogisti |
| <input type="checkbox"/> Educatori professionali                                | <input type="checkbox"/> Genitori    |
| <input type="checkbox"/> Terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva | <input type="checkbox"/> Studenti    |
| <input type="checkbox"/> Neuropsichiatra Infantile                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> Audiologi e Foniatri                                   |                                      |

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