



pyramid



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

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

**ROMA 9 - 10 - 11 NOVEMBRE 2012**

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081/8338733 o via mail  
RORI14@LIBERO.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*