



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

LOGOPEDIA & ESTETICA: UNA NUOVA LINEA DI MOTRICITÀ ORO FACCIALE METODO MAGDA ZORZELLA(MZ)

ROMA

21/22/23 MARZO 2014

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081.3951796 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*