



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DISFAGIA NEUROGENA:
ASPETTI VALUTATIVI E RIABILITATIVI**

BRESCIA

5 - 6 DICEMBRE 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)

☐ MEDICO CHIRURGO SPECIFICARE LA SPECIALIZZAZIONE _____

☐ LOGOPEDISTA

Sono stati richiesti i credit ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate