



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO TEORICO-PRATICO:
LE ABILITÀ COGNITIVE VISUOSPAZIALI IN ETÀ SCOLARE**

ANCONA 23 – 24 SETTEMBRE 2017

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o Email rori14@libero.it

MODULO D'ISCRIZIONE
Si prega di COMPILARE in stampatello

Cognome _____
Nome _____
Nato/a. _____ il _____ / _____ / _____
residente in Via. _____ N° _____
C.A.P. _____ Citta. _____ Provincia _____
tel _____ cell _____ fax _____
e-mail _____ Cod. Fisc. _____
Data _____ Firma _____

Ai fini del rilascio della fattura si prega di compilare

Intestatario _____
Indirizzo _____
residente in Via. _____ N° _____
C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____
email _____
Cod. Fisc./P.iva .. _____
Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- ☐ LOGOPEDISTA
- ☐ TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA;
- ☐ PSICOLOGO;
- ☐ T. OCCUPAZIONALE;
- ☐ FISIOTERAPISTA;
- ☐ NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- ☐ ED. PROFESSIONALE;
- ☐ ORTOTISTA;;
- ☐ RIEDUCATORI DELLA SCRITTURA;
- ☐ PEDAGOGISTA;
- ☐ INSEGNANTE.

I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 196/2003) Sono stati richiesti i crediti ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate