



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LE ABILITA' VISUOSPAZIALI IN ETA' EVOLUTIVA: VALUTAZIONE E
TRATTAMENTO**

MILANO 04 – 05 MARZO 2016

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 PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- PSICOLOGO;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- ED. PROFESSIONALE;
- OPTOMETRISTA;
- 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