



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**I DISTURBI FONOLOGICI ALL'INTERNO DEL DISTURBO DI LINGUAGGIO**

**PERUGIA 01 – 02 OTTOBRE 2016**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o via mail [rori14@libero.it](mailto: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;
- STUDENTE.