



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LSVT LOUD  
TRAINING AND CERTIFICATION WORKSHOP  
TECNICA DI TRATTAMENTO DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO NELLA  
PATOLOGIA NEUROLOGICA DELL'ADULTO E DEL BAMBINO CON  
PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA MALATTIA DI PARKINSON**

**NOICATTARO 09 – 10 DICEMBRE 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 \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Cod. Fisc/P.iva \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTA;