



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LINGUAGGIO E APPRENDIMENTODAI 3 AI 6 ANNI :  
EVOLUZIONE E DIFFICOLTÀ,  
INTERVENTI SPECIFICI**

**MILANO 20 – 21 GENNAIO 2017**

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. \_\_\_\_\_ 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)

- Neuropsichiatra Infantile;
- Educatore Professionale;
- Logopedista;
- Psicologo;
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva;
- Fisioterapista;
- Terapista Occupazionale;
- Ortottista;
- Optometrista;
- Pedagogista;
- Rieducatori della Scrittura;
- Insegnante;