

C.G.M. SAN LUCA
CORSO DI AGGIORNAMENTO
TITOLO DEL CORSO

Il trattamento della spasticità esperienze a confronto

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al 0828345514
o via mail coordinatore@sanlucacentromedico.it**

MODULO D'ISCRIZIONE

*Si prega di COMPILARE in
stampatello*

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- Fisiatri*
- Ortopedici*
- Neuropsichiatri Infantili*
- Medici di medicina generale*
- Geriatrici*
- Pediatr*
- Psichiatri*
- Psicologi*
- Fisioterapisti*
- Logopedisti*
- TNPEE*
- Infermieri*
- Educatori professionali*
- Tecnici della riabilitazione psichiatrica*
- Terapisti Occupazionali*
- Tecnici Ortopedici*

*I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla
realizzazione del corso(D.lgs 19612003)*

Sono stati richiesti i crediti ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate