



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

SISTEMA PECS: ADVANCED

MILANO 11 – 12 MARZO 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)

- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- LOGOPEDISTA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO;
- FONIATRA;
- PSICOLOGO
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE.

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