



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO TEORICO-PRATICO:  
LE ABILITÀ COGNITIVE VISUOSPAZIALI IN ETÀ SCOLARE**

**ANCONA 23 – 24 SETTEMBRE 2017**

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o Email [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
- ☐ TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- ☐ PSICOLOGO;
- ☐ T. OCCUPAZIONALE;
- ☐ FISIOTERAPISTA;
- ☐ NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- ☐ ED. PROFESSIONALE;
- ☐ ORTOTTISTA;;
- ☐ RIEDUCATORI DELLA SCRITTURA;
- ☐ PEDAGOGISTA;
- ☐ INSEGNANTE.

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