



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

ORAL MOTOR THERAPY

TREVISO 17 – 18 OTTOBRE 2020

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 _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

email _____

Cod. Fisc./P.iva (CODICEUNIVOCO+PEC) _____

Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTA;