



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LE ABILITÀ VISUO COGNITIVE IN ETÀ PRESCOLARE
VALUTAZIONE E TRATTAMENTO NEI BAMBINI CON SVILUPPO ATIPICO**

TREIA (MC) 22 – 23 NOVEMBRE 2019

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o Email **rori14@libero.it**

MODULO D'ISCRIZIONE
Si prega di COMPILARE in stampatello

Cognome _____

Nome _____

Nato/a. _____ il _____ / _____ / _____

residentein 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 _____

residentein Via. _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

email _____

Cod. Fisc./P.iva ..(CODICE UNIVOCO) _____

Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTA
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- PSICOLOGO;
- T. OCCUPAZIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- NEUROPSICHIATRINFANTILE;
- ED. PROFESSIONALE;
- ORTOTTISTA;;
- RIEDUCATORI DELLASCRITTURA;
- 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