0

SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

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

Civitanova Marche 05 – 06 Dicembre 2020

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*_____/ _____/ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

*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*_____

*residentein Via.*_____*N°*_____

*C.A.P*_____*Comune*_____*Provincia*_____

*email*_____

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

*Data*_____*Firma* _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- *LOGOPEDISTA*
- *TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;*
- *PSICOLOGO;*
- *T. OCCUPAZIONALE;*
- *FISIOTERAPISTA;*
- *NEUROPSICHIATRA INFANTILE;*
- *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