



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**DSA : QUALCOSA È CAMBIATO**

**BELLUNO 26 – 27 SETTEMBRE 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–PostaPec) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)**

- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- TNPEE;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- ED. PROFESSIONALE;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- PEDAGOGISTA;
- INSEGNANTE;
- GENITORI;

*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*