



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**SISTEMA PECS  
COME MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE NEI DISTURBI DELLO SPETTRO  
AUTISTICO**

**PORDENONE 30 NOVEMBRE & 01 DICEMBRE 2019**

**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 \_\_\_\_\_

residente in Via. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Cod. Fisc/P.iva ..(CODICEUNIVOCO) \_\_\_\_\_

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

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

- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- LOGOPEDISTA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO & FONITRA;
- PSICOLOGO
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- PEDAGOGISTA;
- INSEGNANTE.
- GENITORE.

*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*