



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**IL SISTEMA ATTENTIVO ESECUTIVO:  
TEORIA E PRATICA NELLA MOTRICITÀ  
COGNITIVA**

**ACIREALE (CT) 11 – 12 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(CODICE UNIVOCO + PEC) \_\_\_\_\_

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

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

- EDUCATORE PROFESSIONALE;;
- LOGOPEDISTA;
- NEUROPSICHIATRAINFANTILE;
- TERAPISTADELLANEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO;
- FONIATRA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TERAPISTA DELLARIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- PEDAGOGISTA;
- LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE;
- INSEGNANTE

