



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**EARLY START DENVER MODEL
WORKSHOP INTRODUTTIVO**

BOSISIO PARINI (LC) 27 GIUGNO 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 _____

residente in Via. _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

email _____

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

Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- FONIATRA;
- PSICOLOGO
- LOGOPEDISTA;
- ED. PROFESSIONALE;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- PEDAGOGISTA.