



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**DISPRASSIA EVOLUTIVA, DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA  
DALLA DIAGNOSI AL PROGETTO RI-ABILITATIVO**

**EVENTO ON-LINE 21 – 22 – 23 GENNAIO 2021**

**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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residentein 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 \_\_\_\_\_

residentein Via. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_

Cod. Fisc/P.iva ..(CODICE UNIVOCO+ PEC ) \_\_\_\_\_

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

Qualifica professionale (Barrare lacasella che interessa)

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TNPEE;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;
- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- PEDAGOGISTA;
- INSEGNANTE

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