



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**UPDATE SULLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE  
CON DISFAGIA NEUROGENA**

**RIMINI 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 \_\_\_\_\_

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)**

- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- FISIATRA;
- GERIATRA;
- NEUROLOGO;
- PSICOLOGO;
- OTORINOLARINGOIATRA;
- NUTRIZIONISTA;
- DIETOLOGO;
- DIETISTA;
- LOGOPEDISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- INFERMIERE;
- ED. PROFESSIONALE;
- OSS