



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**Valutazione clinica e interpretazione dei disturbi del linguaggio in età evolutiva**

**TREVISO 02 OTTOBRE 2021**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o via mail [rori14@libero.it](mailto: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)

- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- PSICOLOGO;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- TERAPISTI DELLA NEURO E DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- NEUROPSICOLOGO;
- PEDIATRA;
- LOGOPEDISTA;
- INSEGNANTE.

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