



SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE CORSO DI AGGIORNAMENTO

LSVT LOUD TRAINING AND CERTIFICATION WORKSHOP TECNICA DI TRATTAMENTO DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO NELLA PATOLOGIA NEUROLOGICA DELL'ADULTO E DEL BAMBINO CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA MALATTIA DI PARKINSON

EVENTO ON-LINE 16 – 17 SETTEMBRE 2022

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al nº 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 Unicovo – Posta PEC) | | | | | | | |
| Data | | Firma | | | | | |

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTA;
- STUDENTI;
- TERAPISTI GIA' CERTIFICATI LVST;