



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**IL SISTEMA ATTENTIVO ESECUTIVO:**  
**TEORIA E PRATICA NELLA MOTRICITÀ**  
**COGNITIVA E NELLE ARTI VISIVE**

**TORINO 4 (SINCRONO) – 12  
NOVEMBRE 2022 (PRESENZA)**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria  
Organizzativa email [rori14@libero.it](mailto:rori14@libero.it) –  
[segreteria@sef-societaeuropeaformazione.it](mailto:segreteria@sef-societaeuropeaformazione.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 \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_

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

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- LOGOPEDISTA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- PEDIATRA;
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- PEDAGOGISTA;
- DOTTORE IN SCIENZE MOTORIE;
- PROF. ARTE;
- INSEGNANTE DI SOSTEGNO;
- INSEGNANTE;
- TUTOR;