



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**PROGRAMMA DI CERTIFICAZIONE DEL METODO NEIRA  
PER IL TRATTAMENTO DELLE DISFONIE**

**ROMA 19 – 20 Maggio 2023**

**Moduli webinar 10 Giugno – 08 Luglio – 09 Settembre  
(modalità Sicrona)**

**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. \_\_\_\_\_ (Pr) \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

residente in Via. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

email \_\_\_\_\_

P.iva ..(CODICEUNIVOCO) \_\_\_\_\_

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- FONIATRA;
- OTORINOLARINGOIATRA;
- LOGOPEDISTA;
- STUDENTI LOGOPEDIA DEL 3°ANNO.

Barrare la casellina per Programma completo per Certificazione :

 SI NO