



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LE DISGRAFIE.**  
**IDENTIFICAZIONE, RIABILITAZIONE ED IMPLICAZIONI DIDATTICHE.**

**BRESCIA 29 SETTEMBRE 2023**

**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)

- ;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
  - PEDIATRA;
  - PSICOLOGO;
  - LOGOPEDISTA;
  - ED. PROFESSIONALE;
  - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
  - PSICOTERAPEUTA,
  - DOCENTE SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA

*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*