SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

Disturbi neuroevolutivi e classificazione 0-5 (DC:0-5TM)

EVENTO ON-LINE 01 DICEMBRE 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;*
- *AUDIOLOGO & FONISTRA;*
- *PEDIATRA;*
- *NEUROLOGO;*
- *FISIATRA;*
- *LOGOPEDISTA;*
- *PSICOLOGO;*
- *TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;*
- *TERAPISTA OCCUPAZIONALE;*
- *EDUCATORE PROFESSIONALE;*
- *FISIOTERAPISTA;*
- *PEDAGOGISTA;*
- *INSEGNANTE;*
- *GENITORE.*

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