



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO. DISABILITA'  
INTELLETTIVA E CO-OCCERRENZE PSICOPATOLOGICHE:  
VALUTAZIONE, DIAGNOSI E MISURE DI ESITO.**

**Webinar 10 Ottobre – 14 e 28 Novembre 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. \_\_\_\_\_ (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)**

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- PSICHIATRA;
- PSICOLOGO;
- ASSISTENTE SOCIALE;
- EDUCATORE SOCIO-PEDAGOGICO;
- LOGOPEDISTA;
- TNPEE;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE.