



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**VALUTAZIONI E TRATTAMENTO
DELLE ABILITÀ VISUOSPAZIALI IN EtÀ SCOLARE
EVENTO ONLINE 10 - 17 MAGGIO 2024**

**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/PEC _____

Cod. Fisc./P.iva (CODICE UNIVOCO –PEC) _____

Data _____ Firma _____

Barrare la modalità di partecipazione :

- ☐ **TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;**
- ☐ **AUDIOLOGO & FONIATRA;**
- ☐ **NEUROPSICHIATRA INFANTILE;**
- ☐ **PEDIATRA;**
- ☐ **PSICOLOGO**
- ☐ **LOGOPEDISTA;**
- ☐ **ED. PROFESSIONALE;**
- ☐ **TERAPISTA OCCUPAZIONALE;**
- ☐ **FISIOTERAPISTA;**
- ☐ **TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;**
- ☐ **ORTOTTISTA;**
- ☐ **OPTOMETRISTA;**
- ☐ **RIEDUCATORE DELLA SCRITTURA**
- ☐ **PEDAGOGISTA;**
- ☐ **INSEGNANTE;**
- ☐ **GENITORE.**