



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO sul Progetto IDEAS
INTERVENTI DRAMMATICO ESPRESSIVI AUTISM SPECTRUM
(Formazione di primo livello)**

GENOVA 25 – 26 OTTOBRE 2025

*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 & FONIATRA;
- ☐ PEDIATRA;
- ☐ NEUROLOGO;
- ☐ FISIATRA;
- ☐ LOGOPEDISTA;
- ☐ PSICOLOGO;
- ☐ TERP. DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA DELL'ETA EVOLUTIVA;
- ☐ TERAP. DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- ☐ TERP. OCCUPAZIONALE;
- ☐ ED. PROFESSIONALE;
- ☐ FISIOTERAPISTA;
- ☐ PEDAGOGISTA;
- ☐ INSEGNANTE;
- ☐ GENITORE