SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

Traiettorie evolutive e nuovi approcci sull'ADHD in un'ottica centrata sulla persona

Webinar 21 FEBBRAIO 2026

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)

- *AUDIOLOGO & FONIATRA;*
- *NEUROLOGO;*
- *NEUROPSICHIATRA INFANTILE;*
- *PEDIATRA;*
- *FISIATRA;*
- *PSICOLOGO;*
- *LOGOPEDISTA;*
- *ED. PROFESSIONALE;*
- *TERAPISTA OCCUPAZIONALE;*
- *FISIOTERAPISTA:*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;*
- *TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;*
- *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