SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

VALUTARE L'IMITAZIONE NEI BAMBINI CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO: IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO PRECOCE

EVENTO ON-LINE 27 – 28 NOVEMBRE 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)

- *EDUCATORE PROFESSIONALE;*
- *LOGOPEDISTA;*
- *NEUROPSICHIATRA INFANTILE;*
- *AUDIOLOGO & FONIATRA;*
- *PSICHIATRA;*
- *PEDIATRA;*
- *TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;*
- *TERAPISTA OCCUPAZIONALE;*
- *PSICOLOGO*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;*
- *PEDAGOGISTA;*
- *INSEGNANTE.*

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