



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO BASE**

**I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO**

**Inquadramento clinico, valutazione e intervento in età evolutiva**

**CORSO ONLINE 04 – 05 DICEMBRE 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 ..(CODICEUNIVOCO) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)*

- ☐ EDUCATORE PROFESSIONALE;
- ☐ FISIOTERAPISTA;
- ☐ LOGOPEDISTA;
- ☐ NEUROPSICHIATRA INFANTILE
- ☐ PEDIATRA;
- ☐ TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- ☐ AUDIOLOGO & FONITRA;
- ☐ PSICOLOGO
- ☐ TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- ☐ TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- ☐ PEDAGOGISTA;
- ☐ INSEGNANTE.
- ☐ GENITORE.

*I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 196/2003)*

*Sono stati richiesti i crediti ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate*