SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

QUALI COMPETENZE
PER I DISTURBI DELLO SPETTRO DELL AUTISMO IN ADOLESCENZA

SESTO SAN GIOVANNI (MI) 06 MARZO 2027

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;*
- *PSICHIATRA;*
- *PSICOLOGO;*
- *LOGOPEDISTA;*
- *TNPEE;*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;*
- *INFERMIERE;*
- *ED. PROFESSIONALE;*
- *TERAPISTA OCCUPAZIONALE;*
- *PEDAGOGISTA CLINICO;*
- *INSEGNANTE DI SOSTEGNO;;*
- *GENITORE.*

Barrare la modalità di partecipazione :

☐ Presenza ☐ Sincrona

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