



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**QUALI COMPETENZE
PER I DISTURBI DELLO SPETTRO DELL' AUTISMO IN ADOLESCENZA**

CARUGATE (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;
- ☐ ED. PROFESSIONALE;
- ☐ TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- ☐ PEDAGOGISTA CLINICO;
- ☐ INSEGNANTE DI SOSTEGNO;;
- ☐ GENITORE.



Barrare la modalità di partecipazione :

Presenza

Sincrona