SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

TUTOR NEUROSVILUPPO E PROGETTO DI VITA:

comprendere il funzionamento per costruire interventi personalizzati

(Il Modello VITA – Valutazione Integrata e Traiettorie di Autonomia)

☐ **ONLINE 30 GENNAIO 2027**

☐ **ONLINE 03 .04 APRILE 2027**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa all' email
segreteria@sef-societaeuropeaformazione.i - **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*_____

*residentein 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;*
- ○ *TERAP. DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;*
- ○ *ED. PROFESSIONALE;*
- ○ *T. OCCUPAZIONALE;*
- ○ *PEDAGOGISTA CLINICO;*
- ○ *INSEGNANTE DI SOSTEGNO.*

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