



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**DISPRASSIA EVOLUTIVA, DISTURBO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA
DALLA DIAGNOSI AL PROGETTO RI-ABILITATIVO**

TREVISO 18 – 19 OTTOBRE 2019

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 _____ / _____ / _____

residentein 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 _____

Indirizzo _____

residentein Via. _____ N° _____

C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____

email _____

Cod. Fisc/P.iva ..(CODICE UNIVOCO) _____

Data _____ Firma _____

Qualifica professionale (Barrare lacasella che interessa)

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TNPEE;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- 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*