



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**La donna neurodivergente. Profili diagnostici e byas clinici in Asperger/Autismo  
livello 1, ADHD, DSA e APC**

**EVENTO ON-LINE 21 – 22 GIUGNO 2024**

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;
- MEDICO DI MEDICINA GENERALE;
- PEDIATRA;
- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- PSICHIATRA;
- NEUROLOGO;
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- EDUCATORE PROFESSIONALE.