



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**ORGANIZZAZIONE MOTORIA E DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO  
VALUTAZIONE CLINICA-DIAGNOSI DIFFERENZIALE E PERCORSI  
RI-ABILITATIVI**

**ON-LINE 04 – 05 Ottobre 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

residentein Via. \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Cod. Fisc./P.iva ..(CODICE UNIVOCO+ PEC ) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Qualifica professionale (Barrare lacasella che interessa)

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- PEDIATRA;
- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TNPEE;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- PEDAGOGISTA;
- INSEGNANTE
- GENITORE.