



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**VALUTARE L'IMITAZIONE NEI BAMBINI CON  
DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO:  
IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO**

**PRECOCE**

**EVENTO ON-LINE 14 - 15 FEBBRAIO 2025**

**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)

- EDUCATORE PROFESSIONALE;
- LOGOPEDISTA;
- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- PSICHIATRA;
- PEDIATRA;
- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- PSICOLOGO
- TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;
- 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*