



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LSVT LOUD**  
**TRAINING AND CERTIFICATION WORKSHOP**  
**TECNICA DI TRATTAMENTO DELLA VOCE E DELL'ELOQUIO NELLA**  
**PATOLOGIA NEUROLOGICA DELL'ADULTO E DEL BAMBINO CON**  
**PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA MALATTIA DI PARKINSON**

**EVENTO ON-LINE 10 – 11 Ottobre 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 Unicovo – Posta PEC) \_\_\_\_\_

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTA;
- STUDENTI;
- TERAPISTI GIA' CERTIFICATI LSVT;