



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**“Approccio TOM:  
Tratti Oro Motori, prompting verbale e Imitazione Simultanea, un  
ponte tra competenze non verbali, asettifono- articolatori e  
funzioni esecutive”**

**NOICATTARO – BA 07 – 08 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 ..(CODICEUNIVOCO) \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa:

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;  
 AUDIOLOGO & FONIATRA;  
 LOGOPEDISTA.