



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**SCUOLA, CLINICA, SPORT.**

**MODELLI NEUROSCIENTIFICI E TECNICHE DI POTENZIAMENTO DEI SISTEMI  
COGNITIVI AD "ALTO FUNZIONAMENTO". MOTRICITÀ COGNITIVA CONSAPEVOLE  
E ATTIVITÀ SPORTIVE**

**MILANO 21 – 22 MARZO 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 \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

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;
- OTORINOLARINGOIATRA;
- TERAPISTA DELL'NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETA' EVOLUTIVA;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- PEDIATRA;
- PSICOLOGO;
- FISIOTERAPISTA;
- TERAPISTA OCCUPAZIONALE;
- TERAPISTA DELL'RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- PEDAGOGISTA;
- LAUREATI IN SCIENZE MOTORIE;
- INSEGNANTE;
- GENITORE.