



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO sul Progetto IDEAS
INTERVENTI DRAMMATICO ESPRESSIVI AUTISM SPECTRUM
(Formazione di primo livello)**

GENOVA 10 – 11 MAGGIO 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)

- NEUROPSICHIATRA INFANTILE;
- AUDIOLOGO & FONIATRA;
- PEDIATRA;
- NEUROLOGO;
- FISIATRA;
- LOGOPEDISTA;
- PSICOLOGO;
- TERP. DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA DELL'ETA EVOLUTIVA;
- TERAP. DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA;
- TERP. OCCUPAZIONALE;
- ED. PROFESSIONALE;
- FISIOTERAPISTA;
- PEDAGOGISTA;
- INSEGNANTE;
- GENITORE