



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA NEGLI AUTISMI:  
DALLA CARATTERIZZAZIONE CLINICA ALLA SCELTA DELL'INTERVENTO  
ONLINE 19 – 20 SETTEMBRE 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/PEC \_\_\_\_\_

Cod. Fisc./P.iva (CODICE UNIVOCO –PEC) \_\_\_\_\_

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

**Barrare la modalità di partecipazione :**

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