SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE
CORSO DI AGGIORNAMENTO

VALUTARE L'IMITAZIONE NEI BAMBINI CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO: IMPLICAZIONI PER L'INTERVENTO PRECOCE

EVENTO ON-LINE 13 - 14 FEBBRAIO 2026

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)

- *EDUCATORE PROFESSIONALE;*
- *LOGOPEDISTA;*
- *NEUROPSICHIATRA INFANTILE;*
- *PSICHIATRA;*
- *PEDIATRA;*
- *TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA'EVOLUTIVA;*
- *TERAPISTA OCCUPAZIONALE;*
- *PSICOLOGO*
- *TECNICO DELLA RIABILITAZIONEPSICHIATRICA;*
- *PEDAGOGISTA;*
- *INSEGNANTE.*

I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 19612003)
Sono stati richiesti i crediti ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate