



SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO

DC:0 – 5<sup>TM</sup>

***I primi anni di vita Oltre le classificazioni nei disturbi neuroevolutivi***

**MILANO 02 - 03 DICEMBRE 2022**

Il presente modulo va inviato alla Segreteria Organizzativa via fax al n° 081- 3951796 o via mail [rori14@libero.it](mailto: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)

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

Barrare la modalità di partecipazione :



Presenza



Sincrona (live)