



XXVII settimana psicopedagogica 2 – 5 luglio 2018

### Domanda d'iscrizione

#### Dati anagrafici

COGNOME		NOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA	
CODICE FISCALE		P. IVA (eventuale)	
INDIRIZZO		CITTA'	
CAP	TEL.	MAIL	

#### Corso

<input type="checkbox"/>	Clinica dei DSA: metodologie di valutazione e d'intervento	<input type="checkbox"/>	Clinica dei Disturbi d'Attenzione e di altri disturbi del Neurosviluppo: metodologie di valutazione e d'intervento
--------------------------	--	--------------------------	--

#### Informazioni ECM

PROFESSIONE ai fini ECM – Barrare la casella di interesse					
Psicologo	Logopedista	TNPEE	Terapista oc.	NPI	Altro

ATTIVITA' ai fini ECM – Barrare la casella di interesse	Lib. prof.	Dipendente	Convenz.	Privo occ.
---	------------	------------	----------	------------

SI RICHIEDONO CREDITI ECM		PARTECIPANTE RECLUTATO	
SI	NO	SI Nome soggetto	NO

#### Dati per la fatturazione

PAGAMENTO EFFETTUATO DA	DATA
INTESTAZIONE nominativo o denominazione cui intestare la fattura	
RECAPITO indirizzo, n. civico, CAP, Comune e sigla prov.	
CODICE FISCALE del soggetto cui intestare la fattura	
PARTITA IVA Eventuale Partita IVA del soggetto cui intestare la fattura	

DATA	FIRMA
------	-------

Autorizzo al trattamento i miei dati personali ai sensi della L. 196/2003 per tutti gli adempimenti della segreteria del corso.

DATA	FIRMA
------	-------

Si allega:

- . Copia documento di identità
- . Copia del versamento della quota di iscrizione