



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**CORSO SULLA DISFAGIA DI SECONDO LIVELLO**

**PERUGIA 30 – 31 MAGGIO 2019**

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) \_\_\_\_\_

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- LOGOPEDISTI;
- NEUROLOGI;
- FISIATRI;
- FONIATRI;
- GERIATRI;
- FISIOTERAPISTI;
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE;
- STUDENTI DEL 3 ANNO DI LOGOPEDIA.