



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**I° CONVEGNO ITALIANO SUI  
DISTURBI DELLA FLUENZA  
VERBALE**

**CALENZANO (FI) 25 – 26 OTTOBRE 2019**

**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)**

- LOGOPEDISTI;
- PSICOLOGI;
- FONIATRI;
- OTORINOLARINGOIATRI;
- NEUROPSICHIATRI INFANTILI;
- PEDIATRI;
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE;
- STUDENTI;
- SPECIALIZZANDI;
- ALTRO.
- ;