



**SOCIETA' EUROPEA FORMAZIONE  
CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**LA RIABILITAZIONE INTENSIVA NELLA MALATTIA DI PARKINSON: IL MIRT  
I° LIVELLO**

**BARI 12- 13 FEBBRAIO 2016**

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 \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Cod. Fisc/P.iva \_\_\_\_\_

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

Qualifica professionale (Barrare la casella che interessa)

- MEDICI DI MEDICINA GENERALE;
- LOGOPEDISTA;
- FISIOTERAPISTA;
- PSICOLOGO;
- T.OCCUPAZIONALE;
- TNPEE;
- FONIATRA;
- GERIATRA;
- NEUROLOGO;
- FISIATRA;

- *TEC. DELLA RIAB.PSICHIATRICA;*
- *INFERMIERE;*
- *NUTRIZIONISTI;*
- *O.S.S.;*

*I dati personali saranno trattati solamente ai fini didattici e amministrativi connessi alla realizzazione del corso(D.lgs 196/2003) Sono stati richiesti i crediti ECM per tutte le professioni sanitarie sopraindicate*