

AIDEE

Associazione Italiana
Disprassia
dell'Età Evolutiva



Intervento
Ricerca
Formazione

MODULO D'ISCRIZIONE

NOME _____

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

C.F. _____

INDIRIZZO _____

CITTA' _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____

EMAIL _____

SOCIO SPECIALISTI (sbarrare la propria qualifica)

MEDICO, PSICOLOGO, NEUROLOGO, NEUROPSICHIATRA, LOGOPEDISTA, FISIOTERAPISTA,
NEUROPSICOMOTRICISTA, EDUCATORE PROFESSIONALE

ALTRE QUALIFICHE _____

SOCIO GENITORI PROFESSIONE _____

SOCIO INSEGNANTE (sbarrare la propria qualifica)

SCUOLA MATERNA, SCUOLA ELEMENTARE, SCUOLA MEDIA, SCUOLA SUPERIORE, SOSTEGNO,
UNIVERSITA' ALTRO (specificare) _____

Versa la tua quota d'iscrizione: 40€ per l'iscrizione entro il 15 marzo 2023, successivamente è di 50€.

Invia un bonifico bancario intestato ad Aidee – Associazione Italiana Disprassia dell'Età Evolutiva.

Codice IBAN: IT 09 F030 6909 6061 0000 0125 087

Invia i due moduli compilati e la fotocopia del bonifico effettuato alla segreteria AIDEE mandando una mail a aidee.segreteria@gmail.com

Acconsento ad essere iscritto alla newsletter di AIDEE: *per presa visione della nostra privacy.*

FIRMA _____