

**Corso Cod.SNA01 :**

**“Integrazione tra interventi farmacologici e sostegni educativi nell'ambito delle  
disabilità intellettive ed evolutive: lavorare insieme alla famiglia per migliorare la  
Qualità di Vita”**

**26 gennaio 2016**

**Scheda d'iscrizione**

(inviare a: [formazione@centrodomino.it](mailto:formazione@centrodomino.it) entro il 12 gennaio 2016)

**Cognome** ..... **Nome** .....  
Luogo di nascita ..... prov ..... data di nascita .....  
Codice fiscale .....  
Domicilio via/piazza.....  
cap ..... località ..... prov .....  
tel ..... indirizzo e-mail .....

genitore  operatore/insegnante  medico

**Titolo di studio:**

scuola dell'obbligo (specificare) .....  
 3 anni post scuola media (specificare) .....  
 maturità (specificare).....  
 diploma universitario/laurea breve (specificare) .....  
 altro (specificare) .....

**Professione:** .....

**Se operatore/insegnante o medico**

Azienda/Scuola in cui opera: denominazione .....  
via/piazza .....  
cap ..... località ..... prov .....  
tel .....indirizzo e-mail .....  
**in cui opera dal** .....

**Come è venuto a conoscenza del corso?** .....

Internet  
 Sito (specificare) .....  
 Conoscenze (specificare) .....  
 Altro .....

Data .....

Firma .....