



**Paroleincercchio**

**SCHEDA ISCRIZIONE CORSO**

da inviare via fax (095/372124) o mail ([paroleincercchio@yahoo.it](mailto:paroleincercchio@yahoo.it)) alla segreteria organizzativa di Paroleincercchio  
previa telefonata alla segreteria per accertare la disponibilità di posti (349/2969356 oppure 366/1853347)

**“AUDITORY-VERBAL THERAPY**

**CORSO TEORICO-PRATICO DI II LIVELLO**

**SULLA TERAPIA Uditivo-Verbale (AVT)**

**Catania, 28 – 29 settembre 2012**

*SALA RIUNIONI ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA  
V.le Ruggero di Lauria, 81 - Catania*

COGNOME E NOME .....

QUALIFICA .....

INDIRIZZO: Via/Piazza ..... n° .....

Città ..... Prov. .... C.A.P. ....

Tel. .... Fax .....

Mail .....

LUOGO DI NASCITA .....

DATA DI NASCITA .....

CODICE FISCALE .....

PARTITA IVA .....

Iscrizione mediante bonifico sul c/c N. 1/000007000365 **IBAN IT 92K0301916900000007000365**

intestato a: “Associazione Paroleincercchio”- Via Anapo, 18 - 95127 CATANIA CT - Banca Credito Siciliano S.p.A. 95131 Catania (CT) - Ag. 1 - Via S. Euplio, 13

**CAUSALE:** ISCRIZIONE al CORSO “Auditory Verbal Therapy – Corso teorico-pratico di II livello sulla terapia uditivo-verbale (AVT)”

Quota (sbarrare il corrispondente versato per l’iscrizione al corso):

**Logopedista socio ALS, SSLI e Associazioni Logopedisti federate FLI** € 280 + IVA

**Logopedista non socio** € 320 + IVA

**Studente C. di L. in Logopedia (senza crediti ECM):** € 160 + IVA

La fattura deve essere intestata a:

Nome e cognome (o ragione sociale se si tratta di Ente)

Indirizzo Via/Piazza ..... n° .....

Città ..... Prov. .... C.A.P. ....

Partita IVA ..... Codice Fiscale .....

**Ai sensi del Dlgs 196/2003, art. 13, autorizzo il trattamento dei miei dati personali**

**Data:** ..... **Firma:** .....

**Associazione Paroleincercchio**

Via Anapo, 18 - 95127 CATANIA CT

**Tel. e Fax: 095/372124 – 349/2969356**

**Mail:** [paroleincercchio@yahoo.it](mailto:paroleincercchio@yahoo.it)