

MODULO DI ISCRIZIONE

**Il TTAP - TEACCH Transition Assessment Profile
nella valutazione di soggetti con disturbi dello spettro autistico**

INVIARE TRAMITE FAX AL NUMERO: 011 8140252

OPPURE tramite EMAIL A: ecavalli@saiga.it

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ nato il _____

COD.FISC. _____ P.IVA _____

Residente in Via _____ num _____

CAP _____ città _____ prov _____

Tel /cell _____ e mail _____

Professione:

- Medico Spec. Psichiatria Medico Spec. Psicoterapia Medico Spec. Neuropsichiatria Infantile
 Psicologo Psicologo Spec. Psicoterapia
 Tecnico della riabilitazione psichiatrica Educatore Insegnante*
 Studente specificare _____

(*) Si segnala che il corso NON può essere acquistato tramite la *carta del docente*

Richiedo i crediti ECM SI NO

Richiedo l'iscrizione al seguente evento formativo:

Il TTAP. TEACCH Transition Assessment Profile (13-14/06/2017) = € 190,00

Alla quota d'iscrizione è applicabile:

- SCONTO SOCI S.A.I.G.A.: 20%** = € 152,00
 SCONTO Educatori, Insegnanti, Tecnici della riabilitazione: 20% = € 152,00
 SCONTO STUDENTI: 50% = € 95,00

Verso la quota di iscrizione pari a _____ tramite **bonifico bancario**

IBAN: IT 92 Y 02008 01007 000004124385, intestato a S.A.I.G.A., Causale: TTAP

Sono informato ed accetto le seguenti condizioni di iscrizione al corso:

- a) L'accettazione dell'iscrizione è subordinata al versamento della quota di iscrizione.
b) In caso di RINUNCIA da parte dell'iscritto ENTRO 10 GIORNI dall'inizio dell'evento, la quota versata sarà interamente rimborsata
c) In caso di RINUNCIA da parte dell'iscritto NEI 10 GIORNI che precedono l'inizio dell'evento, l'iscritto è tenuto a versare in ogni caso il 15% della quota di iscrizione
d) In caso di annullamento dell'evento da parte della S.A.I.G.A., la quota già versata sarà interamente rimborsata.
e) Il corso sarà attivato con un minimo di 25 iscritti
f) E' VIETATO fotografare, videoregistrare o audioregistrare la docente, i video che verranno mostrati, le slides che verranno proiettate durante il corso.

Autorizzo la S.A.I.G.A al trattamento dei miei dati qui riportati in conformità al D.L. 196/03

Data _____

Firma _____