

**Modulo d'iscrizione al Convegno**  
*Percorsi e ruoli nei Disturbi Specifici di Apprendimento*  
**11-12 Settembre 2015 - Verona**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

CITTÀ DI PROVENIENZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Libero professionista sì [ ] no [ ]

Se personale sanitario, ULSS di provenienza \_\_\_\_\_

Se docente, ordine di scuola \_\_\_\_\_

ISTITUTO \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Il modulo compilato e firmato deve essere inviato alla Segreteria del Convegno via mail a [segreteria.share@gmail.com](mailto:segreteria.share@gmail.com) oppure via FAX allo 0456303423 **entro il 31 luglio 2015.**

**Consenso Informazioni legali:** In conformità al D.Lgs. 196/2003 La informiamo che i dati inseriti saranno utilizzati negli stretti limiti del perseguimento delle medesime finalità per le quali i dati sono stati raccolti, e ad essere informato/a sulle altre nostre iniziative. I dati saranno conservati con la massima riservatezza e non verranno divulgati.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_