

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Inviare a: convegnoautismobari@angsa.it

Nome e Cognome

Ente di appartenenza

Indirizzo

CAP e Città

Telefono

E-mail

QUALIFICA

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medici | <input type="checkbox"/> Psichiatri |
| <input type="checkbox"/> N P I | <input type="checkbox"/> Pediatri |
| <input type="checkbox"/> Psicologi | <input type="checkbox"/> Ass. Soc. |
| <input type="checkbox"/> Educatori | <input type="checkbox"/> Terapisti |
| <input type="checkbox"/> Insegnanti | <input type="checkbox"/> Studenti |
| <input type="checkbox"/> Genitori/Familiari | |
| <input type="checkbox"/> <u>Versamento IBAN: MPS IT 02 X 0103004006000003640764</u> | |
| <input type="checkbox"/> <u>Versamento: c/c POSTALE Angsa Puglia 24615734</u> | |

Luogo e data

Firma
