

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Con la presente inoltro richiesta all'AIDAI Regione Liguria di essere inserito nell'elenco di esperti sul disturbo da deficit di attenzione e iperattività gestito dall'AIDAI

Cognome _____

Nome _____

Via /P.zza _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. (_____)

Indirizzo E-mail _____

Professione:

Neuropsichiatra

Psicologo

Educatore

Logopedista

Neuropsicomotricista

Altro _____

Dichiaro di essere in possesso dei seguenti requisiti:

titolo di studio abilitante all'attività professionale con soggetti affetti da patologie dell'età evolutiva (es. laurea in psicologia, scienze dell'educazione, logopedia, neuro psicomotricità, neuropsichiatria infantile, pedagogia).

Aver svolto attività formativa documentata sul tema del disturbo da deficit di attenzione iperattività.

Aver maturato, a qualsiasi titolo, un'esperienza clinica specifica sul disturbo di almeno 1500 ore presso strutture pubbliche o private accreditate con il SSN.

Desidero essere accreditato per (*è possibile barrare più di una casella*):

Valutazione

Diagnosi

Trattamento

Allegare CV e lettera motivazionale

Data

FIRMA