



Mercoledì 16 novembre 2005 - Ore 9.00 - 13.00

Corso di Formazione

PROBLEMI MOTORI E SENSORIALI NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

c/o Fondazione Opera S. Rita - Piazza S. Rocco 3, 59100 PRATO

PROGRAMMA

8.30 - 9.00	Registrazione dei partecipanti
9.00 - 11.00	problemi motori e sensoriali nei disturbi dello spettro autistico: Caratteristiche cliniche, implicazioni sul comportamento, strategie di assessment e modalità d'intervento
11.00 - 11.30	Pausa
11.30 - 12.30	Discussione di casi clinici con esemplificazione
12.30 - 13.00	Verifica degli apprendimenti

DOCENTE: Kristen M. Powers, Otr/I, Terapista Occupazionale, è coordinatrice dei servizi riabilitativi del Centro per Bambini con Necessità Speciali, Glastonbury (CT, USA), con compiti di supervisione dello staff, e consulente per lo sviluppo di politiche/procedure e per il miglioramento degli standard di qualità del Bedfordshire County Council, Bedfordshire, R.U.

Traduzione inglese / italiano

Richiesti i crediti formativi ECM per:

- Medici (NPI, Fisiatri, Dirigenti Servizi)
- Psicologi
- Educatori professionali
- Terapisti della neuro-psicomoricità dell'età evolutiva
- Terapisti occupazionali
- Logopedisti

QUOTA DI ISCRIZIONE: € 50,00

PER ISCRIVERSI AL CORSO:

- inviare la scheda compilata via Fax al n° 02/54104154 entro il giorno 1/10/ 2005. La conferma dell'avvenuta iscrizione verrà inviata via fax
- al ricevimento della conferma dell'avvenuta iscrizione, **effettuare il versamento di € 50,00** (la cui copia dovrà essere presentata al momento della registrazione, unitamente alla conferma dell'iscrizione) su c. postale n° 40403206 intestato a Paolo Vivanti oppure su c. c bancario n° 393909 (ABI 06230 CAB 01627) c/o Cariparma & Piacenza, filiale di Via Armorari, Milano, intestato a Fondazione Clara Fabietti per l'Autismo - onlus

Mercoledì 16 novembre 2005

PROBLEMI MOTORI E SENSORIALI NEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

SCHEDA D'ISCRIZIONE

Cognome..... Nome

Nato/a a..... (Prov.) In data

Qualifica:

Ente di appartenenza

Via..... Città..... Cap..... (Prov).....

Tel. Tel .cellulare

Fax E-mail

Ai sensi dell'art. 10 legge 675/96, autorizzo il trattamento dei miei dati personali

Data..... Firma