



Napoli

Centro Psicopedagogico Formazione Studi e Ricerche OIDA

Scuola di Formazione riconosciuta dal M.I.U.R. Decreto 3 agosto 2011

Scuola di Formazione riconosciuta dalla P.E.D.I.A.S.



**PEDI.A.S.**  
PEDAGOGISTI ED EDUCATORI  
ITALIANI ASSOCIATI

# Sindromi a Spettro Autistico

## Perfezionamento Annuale

Riconosciuto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca M.I.U.R.

Rilascio di Attestato di Perfezionamento sulle Sindromi a Spettro Autistico

Inserimento nel Gruppo di Lavoro "Clinica dell'Apprendimento" del Centro OIDA



Via posillipo, 302 napoli

[www.centrooida.it](http://www.centrooida.it) - [info@centrooida.it](mailto:info@centrooida.it)

## Requisiti per l'ammissione al corso

Titolo Accademico di I o II Livello.

Docenti di ogni ordine e grado.

## Programma formativo

**ORE 750** così suddivise:

100 ore di didattica in aula

200 ore di studio individuale mediante bibliografia, testi e dispense

50 ore di supervisione

50 ore di colloquio individuale e verifica con docenti

100 ore di tirocinio e laboratori

250 ore per stesura esame tesi

## Sede

**Centro Psicopedagogico Formazione Studi e Ricerche OIDA**

Napoli Via Posillipo 302 - Napoli

Recapiti: **+39 081682328 fax +39 08119308707**

e-mail: [info@centrooida.it](mailto:info@centrooida.it) - web [www.centrooida.it](http://www.centrooida.it)

*L'organizzazione si riserva la possibilità di apportare se e dove necessario le dovute modifiche.*

## Tempi

Il corso ha durata biennale, gli incontri si terranno una volta al mese nelle intere giornate di sabato e domenica dalle ore 9.00 alle ore 18.00 - pausa pranzo dalle 13.00 alle 14.00. il calendario delle lezioni è direttamente consegnato agli allievi ad inizio corso

## Costi (Esenti IVA)

**Iscrizione € 100.00**

Corso € 600 .00 (in due rate da € 300.00)

Diritti di segreteria Esame di Tesi II anno € 100.00

Possibilità pagamenti individualizzati

I versamenti vanno eseguiti effettuati tramite bonifico bancario

## Modalità di iscrizione

La domanda d'iscrizione corredata di fotocopia di versamento e certificato di laurea o degli esami sostenuti va inviata a mezzo fax al numero **08119308707** del Centro OIDA

## Titolo

Il titolo rilasciato dal Centro OIDA soggetto accreditato dal Ministero dell' Istruzione dell'Università e della Ricerca, è riconosciuto ai sensi dell'Art. 2, Comma 5 del Decreto Ministeriale 177 del 10/07/2000, e ai sensi dell'Art. 4, Comma 6 della Direttiva Ministeriale n. 90 del 1 Dicembre 2003

## **Docenti:**

- **Prof. Agostino BASILE** – Pedagogista Clinico - Direttore Scientifico Centro Telemaco
- **Dott.ssa Tiziana FAIELLA** – Docente – Pedagogista – Specialista Strategia WOCE
- **Dott. Giampietro GUGLIELMOTTI** – Neuropsichiatra Infantile – A.O.R.N. Santobono Pausilipon

## **Argomenti dei quattro moduli**

I nostri corsi sono sottoposti a verifiche e continui aggiornamenti in conformità con l'evoluzione della ricerca scientifica e i mutamenti socio-culturali ai fini di una sempre maggiore qualità dei contenuti proposti, pertanto i programmi formativi dettagliati sono consegnati agli allievi iscritti ad inizio corso e possono risultare da poco revisionati dal Comitato Tecnico Scientifico della scuola.

### **Le Sindromi Autistiche**

Clinica ed Inquadramento Nosografico dei Disturbi dello Spettro Autistico

Criteri diagnostici nel DSM-IV e nell'ICD 10.

Basi neurobiologiche dell'autismo.

Comorbidità e Diagnosi differenziale.

Epidemiologia.

Il concetto di spettro autistico.

Strumenti diagnostici e di valutazione funzionale.

Testistica e metodi di indagine

I diversi approcci - Il metodo A.E.R.C. (Attivazione Emotiva e Reciprocità Corporea)

Parent training.

Strategia WOCE - Strategia di Comunicazione Aumentativa Alternativa

L'autismo nell'età adulta.

Attività di Laboratorio

Esame di Tesi

### **Titolo rilasciato**

**Attestato di Perfezionamento Annuale sulle Sindromi a Spettro Autistico riconosciuto dal M.I.U.R.**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
si prega di scrivere in modo chiaro e in stampatello

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Cod.Fisc.: \_\_\_\_\_ P.Iva: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_ E mail: \_\_\_\_\_

Titolo di Studio: \_\_\_\_\_

chiede di essere iscritto/a al corso di formazione \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

L'interessato presa visione dell'informativa redatta ai sensi dell'Articolo 13 del Decreto LG 30/06/03 n° 196, di seguito specificata, autorizza e presta il suo consenso al trattamento dei dati personali al Centro OIDA - Via Manzoni 65 80123 Napoli.

**MODALITA' D'ISCRIZIONE**

La quota di iscrizione di euro ..... intestata al Centro OIDA Via Manzoni 65 80123 Napoli, va versata tramite bonifico bancario - Coordinate IBAN IT 91V 05392 03404 000001321444 Causale: Iscrizione al corso

di \_\_\_\_\_

Inviare la copia della ricevuta di pagamento allegata alla domanda al numero di fax **081 19308707** o a **info@centrooida.it**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_