

Programma

Valutazione e trattamento delle disfunzioni dei sistemi di movimento:

Analisi delle patologie suddivise per distretto anatomico"

Partecipanti

Il seminario è aperto a Medici-Chirurghi, Osteopati e Professionisti Sanitari abilitati / Studenti-Laurendi.

Docenti

- Dr Alessandro Carollo Osteopata D.O. , Fisioterapia, Scienze Motorie.
- Dr Alessandro Pernice Fisioterapista, Osteopata D.O. , Scienze Motorie. First Team TORINO F.C.®
- Dr Alessandro Gatta -Fisioterapista Juventus FC®
- Dr Alessandro Moccia Fisioterapista, Osteopata Nazionale Italiana Scherma

Al termine del corso verrà rilasciato **l'attestato di partecipazione.**

La partecipazione al corso NON equivale ad autorizzazione sanitaria e NON autorizza alcun tipo di contatto con la persona, né l'utilizzo di Tecniche e Trattamenti che possano avere funzione di cura e terapia. Accettando le condizioni e sottoscrivendo il presente foglio, si sollevano i docenti da ogni responsabilità, presente e futura. Si specifica che eventuali attività intraprese successivamente dal corsista, in assenza dei requisiti di legge rimarranno interamente a carico e nella responsabilità del seminarista.

Costo del Corso

€ 410 (I.V.A. esclusa) Con ECM

€ 310 (I.V.A. esclusa) Senza ECM

Info e Iscrizioni

Per info, e iscrizioni contattare
Segreteria: +39 351 584 5853
info@istitutoosteopatico.it

Modalità di Pagamento

€ 150,00 all'iscrizione via bonifico bancario,

– saldo rimanente entro 30 giorni prima della data di inizio del corso.

- Banca Unicredit
- IBAN: IT4400200839243000107084279
- Intestato: AlessandroCarolloSRLS

Causale: ISCRIZIONE CORSO:
"Valutazione e trattamento delle disfunzioni
dei sistemi di movimento"

Sarà obbligatorio fornire una copia di **polizza assicurativa** per svolgere ogni attività pratica durante il corso.

Sede del Corso: **ROMA**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

(compilare in stampatello)

Nome e Cognome:

Professione (studente o professionista): Titolo conseguito nel:

Luogo di nascita: Data di nascita:

Codice Fiscale:

DATI DI FATTURAZIONE:

Partita IVA:

Intestatario (nome o ragione sociale):

Indirizzo: N. civico:

Comune: Prov.: CAP:

Telefono: Cellulare:

E-mail:

Desidero iscrivermi al corso in oggetto

Privacy

Con la presente autorizzo L'Istituto Osteopatico alla gestione dei dati personali esclusivamente per scopi connessi alla partecipazione al Corso. In qualsiasi momento potrò avere accesso ai miei dati chiedendone la modifica o la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo scrivendo a: info@istitutoosteopatico.it

DATA

FIRMA

**LA PRESENTE DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE INVIATA DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA, UNITAMENTE
ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO BONIFICO BANCARIO ALL'INDIRIZZO EMAIL: info@istitutoosteopatico.it**