



## Programma

### Pratica e approfondimento delle tecniche

#### Thrust

(manipolazioni articolari nei piani anatomici e biomeccanici, ad alta velocità e minima ampiezza) -

#### ROMA - Partecipanti

Il corso è aperto a Medici, Osteopati e Professionisti Sanitari abilitati; ai studenti e/o laureandi.

**Massimo 20 iscritti.**

### Docenti

- Dr. Alessandro Carollo Osteopata D.O., Fisioterapista, Chinesiologo
- Dr. Giovanni di Giacomo Ortopedico
- Dr. Alessandro Napoli Neuroradiologo
- Dr. Fabrizio Margheritini Ortopedico
- Dr. Fabio Treia Ortopedico
- Dr. Christian Brogna Neurochirurgo
- Dr. Gianfranco Lisiitano Fisiatra
- Dr. Paolo Scarso Ortopedico
- Dr. Daniele Puzzilli Odontoiatra
- Dr. Lorenzo Nicotra Ortopedico
- Dr. Lino Di Renzo Otorino/Audiologo
- Dr. Davide Longo Audiologo
- Dr.ssa Simona Cerulli Fisiatra Coordinatore Scientifico

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

€ 820 euro più I.V.A.  
singolo modulo

€ 2100 euro più I.V.A. ( 3 MODULI )

### Modalità di Pagamento

- € 500 euro all'iscrizione via bonifico bancario,

- € 1000 euro all'iscrizione via bonifico bancario,

### Info e Iscrizioni

Per info, e iscrizioni  
contattare Segreteria: +39  
351 584 5853  
[info@istitutoosteopatico.it](mailto:info@istitutoosteopatico.it)  
[www.istitutoosteopatico.it](http://www.istitutoosteopatico.it)

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

- Banca Unicredit
- IBAN: IT44O0200839243000107084279
- Intestato: Alessandro Carollo S.r.l.s.  
Causale: ISCRIZIONE CORSO  
"MODULI CLINICI"



**Sarà obbligatorio fornire una copia di polizza assicurativa per svolgere ogni attività pratica durante il corso.** Per chi ne fosse sprovvisto, è possibile contattare all'indirizzo [www.amc-insurance.it](http://www.amc-insurance.it) i nostri collaboratori Alessio o Mauro Cortellazzi.

## **HVLA**

Sede del Corso: **ROMA**

### **SCHEMA 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](mailto:info@istitutoosteopatico.it)

DATA .....

FIRMA

---

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