



### **Programma**

**Il trattamento Osteopatico in ambito  
Neonate e pediatrico**

“Deglutizione, Apparato Oro-Mandibolare e  
Sviluppo Occlusale dalla Nascita alle Classi Dentali”

#### **ROMA - Partecipanti**

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

**Massimo 20 iscritti.**

#### **Docenti**

- Dr.ssa Alesssandra Pisano Fisioterapista,  
Osteopata

- Dr.ssa Antonella Cerchiari Logopedista,  
Deglutitologa

- Dr.ssa Eleonora Capuano Logopedista, IBCLC

**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**

€ 550 euro più I.V.A.

### **Modalità di Pagamento**

- € 200 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: IT4400200839243000107084279
- Intestato: Alessandro Carollo SRLS

Causale: ISCRIZIONE CORSO "Osteopatia Pediatrica"



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**

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