



Programma

PROTOCOLLO ACUFENI

Approccio clinico diagnostico e terapia manuale nella gestione degli acufeni

ROMA -

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

Massimo 30 iscritti.

Docenti

- Dr. Alessandro Carollo Osteopata D.O., Fisioterapista, Chinesiologo
- Dr. Daniele Puzzilli Odontoiatra
- Dr. Lino Di Rienzo Otorino/Audiologo
- Dr. Davide Longo Audiologo
- Dr. Andrea di Rienzo Allergologo

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

€ 1800 euro più I.V.A.
(entro il 30 ottobre)

€ 2000 euro più I.V.A.

Modalità di Pagamento

- Pagamento intera quota

- € 500 euro all'iscrizione via bonifico bancario,

- € 1500 euro all'iscrizione via bonifico bancario,

Info e Iscrizioni

Per info, e iscrizioni
contattare Segreteria:

+39 351 584 5853
dott.carollo@gmail.com

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

- Banca Unicredit
- IBAN: IT4400200839243000107084279
- Intestato: Alessandro Carollo S.R.L.S.

Causale:
ISCRIZIONE CORSO "PROTOCOLLO ACUFENI"



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 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

DATA

FIRMA

LA PRESENTE DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE INVIATA DEBITAMENTE COMPILATA E SOTTOSCRITTA, UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO BONIFICO BANCARIO ALL'INDIRIZZO EMAIL: dott.carollo@gmail.com