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 della Fase 1 verrà rilasciato l'attestato di partecipazione. Al superamento della valutazione finale della Fase 2 verrà rilasciato l'**Attestato di certificazione nel Protocollo Carollo, Businco, Puzzilli**, che consente l'ingresso nella rete dei professionisti del protocollo.

La certificazione ha natura privata, attesta il completamento del percorso formativo e non costituisce titolo abilitante né specializzazione. Ciascun professionista applica il protocollo esclusivamente per la componente di propria competenza e nel rispetto dei requisiti di legge della propria professione. Accettando le condizioni e sottoscrivendo il presente foglio, si sollevano i docenti da ogni responsabilità, presente e futura. Eventuali attività intraprese successivamente dal corsista in assenza dei requisiti di legge rimarranno interamente a suo carico e sotto la sua esclusiva responsabilità.

INTERNATIONAL STEOPATHIC INSTITUTE
DR. ALESSANDRO CAROLLO

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 più I.V.A. all'iscrizione via bonifico bancario,

- € 1500 euro più I.V.A. entro 30 giorni prima della data di inizio del corso, via bonifico bancario.

Info e Iscrizioni

Per info, e iscrizioni
contattare Segreteria:

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

- Banca Unicredit
- IBAN: IT44O0200839243000107084279
- 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.

PROTOCOLLO ACUFENI

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

INTERNATIONAL STEOPATHIC INSTITUTE
DR. ALESSANDRO CAROLLO

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: dott.carollo@gmail.com

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