

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-Chirurghi, Fisioterapisti, Osteopati, Massofisioterapisti e Professionisti Sanitari abilitati; a studenti e/o laureandi in Osteopatia e Fisioterapia; Terapisti Manuali professionisti, Laureati in Scienze Motorie.

Massimo 20 iscritti.

Docenti

- Dr Alessandro Carollo Osteopata D.O.,
Fisioterapia, Scienze Motorie

Partita Iva: 14128051001 Via V. Cuoco 30/A - 00013 Fonte Nuova,
Roma

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

€ 580,00 (I.V.A. esclusa)

Info e Iscrizioni

Per info, e iscrizioni contattare

Segreteria: +39 351 584 5853

info@istitutoosteopatico.it

www.istitutoosteopatico.it

Modalità di Pagamento

- € 280,00 all'iscrizione via bonifico bancario,

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

Banca Unicredit

IBAN: IT 47 L 02008 39243 000106344093

Intestato: iR Group S.r.l.

Causale: ISCRIZIONE CORSO HVLA
TECHNIQUES ROMA2022 Mod.2

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: info@istitutoosteopatico.it