

MODALITÀ di ISCRIZIONE e PAGAMENTO:

Prima di procedere con l'iscrizione contattare telefonicamente la segreteria organizzativa per verificare la disponibilità dei posti.

Quota di partecipazione al corso:
€ 130,00 + iva

La quota include la dispensa del corso con CD ed il materiale didattico.

TERMINE D'ISCRIZIONE:

L'iscrizione si intende accettata alla ricezione via FAX al n. 06/71050450 del: _____
Modulo di iscrizione debitamente compilato e firmato
Ricevuta dell'avvenuto pagamento della quota di partecipazione.

PAGAMENTO:

Il Pagamento deve essere effettuato tramite Bonifico Bancario intestato a:

Giunone S.p.a Unipersonale

Codice IBAN: IT 17 H 02008 12926 000500038678

N.B.: Nella causale del Bonifico Bancario deve essere indicato:

1. Corso per il quale si effettua il Pagamento
2. Nome e Cognome del partecipante.

DISDETTE e RIMBORSI: In caso di disdetta:

- entro 15 giorni dalla data del corso verrà rimborsato l'80% della quota versata
- fino a 3 giorni lavorativi prima della data di inizio del corso, verrà restituito il 50% della quota
- oltre il termine sopra indicato, non verrà effettuato nessun rimborso.

La Segreteria organizzativa si riserva di non attivare il corso qualora non sia raggiunto il numero minimo di partecipanti previsto.

In tal caso verranno concordate con gli iscritti le modalità di rimborso.

Sede

Sala Convegni
Casa di Cura Villa Fulvia
Via Appia Nuova, 901
00178 Roma

ATM ed il complesso del rachide CERVICALE

SCHEDA D'ISCRIZIONE

DATI CORSISTA

Cognome* _____

Nome* _____

Codice Fiscale* _____

P. Iva* _____

Indirizzo* _____

CAP* Città* (Prov.*) _____ (____)

Telefono/Cellulare/Fax* _____ / _____

e-mail _____

Qualifica* _____

Ente di appartenenza _____

Indirizzo lavorativo _____

CAP Città (Prov.) _____ (____)

INTESTAZIONE FATTURA (solo se diversa dall'anagrafica precedente)

Intestatario fattura _____

Indirizzo _____

CAP Città (Prov.) _____ (____)

C.F./ P. IVA _____

RICHIESTA CREDITI FORMATIVI SI NO

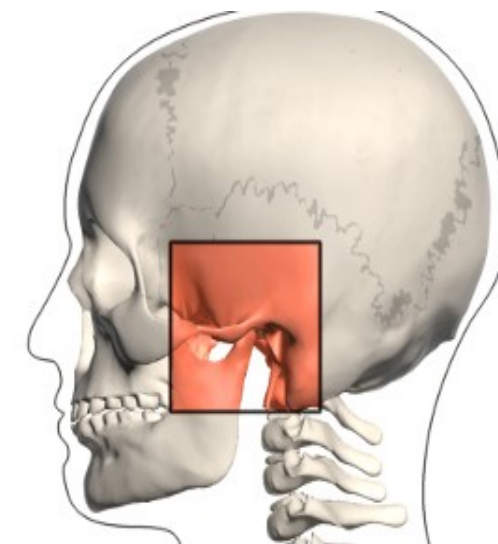
FIRMA _____

* dati obbligatori per svolgere le operazioni di segreteria



VILLA FULVIA
CASA DI CURA

ATM ed il complesso del rachide CERVICALE ROMA 18 e 19 novembre 2017



Segreteria Organizzativa
Per informazioni contattare
cell 342 3362320
ecm@villafulvia.it

DOCENTE:

Dott.ssa Valentina Rocchetti

Durata DEL CORSO: DUE GIORNI

Numero massimo partecipanti: 35

**PER MEDICI (fisiatri e ortopedici) ODONTOIATRI,
LOGOPEDISTI E FISIOTERAPISTI**

CREDITI : 17,1

Responsabile Programma Formativo e Segreteria Scientifica:

Dott.ssa Valentina Rocchetti

Primo giorno

8:30 Registrazione partecipanti

9.00 TEORIA:

- La Gnatologia :
varie correnti di pensiero ed
evoluzione della materia.
- La mandibola
- struttura
- attività muscolare

11:00 -11:15 pausa

11:15 TEORIA e PRATICA

- Azione meccanica del frenulo
- manovre di posizionamento della mandibola
- palpazione e lavoro loggia viscerale del collo

13:00 pausa pranzo

14:00

TEORIA:

- Mandibola e postura
- Collegamenti con le zone cerniera
del cingolo scapolare e Cervicale

16:00-16:15 pausa

16:15

PRATICA:

- Lavoro sulla lingua
- Osso ioide
- Lavoro sul rachide Cervicale

18:00 fine lavori

Secondo Giorno

9:00 TEORIA:

- Informazione muscolo scheletrica
- Muscoli
- Tendini
- Articolazioni

11:00-11:15 pausa

11:15 PRATICA:

- Lavoro sui muscoli della mandibola
- M.Pterigoideo interno
- M. Pterigoideo esterno
- M.Temporale
- M. Massetere

13:00 pausa

14:00 : Ripresa della PRATICA

- applicazioni terapeutiche
- Deglutizione atipica

16:00 -16.15 pausa

16:15

-PRATICA

17.30 CONSEGNA TEST ECM

18.30 fine lavori