



Women's Health Course - Roma Modulo di registrazione - anno di iscrizione 2025

Da inviare compilato a: Corinne Jones
corinnejones.mih@gmail.com

INFORMAZIONI PERSONALI:

Nome e cognome:

Indirizzo:

E-mail:

Numero di telefono:

Data di conseguimento del D.O.:

Nome della scuola e paese:

Titolo precedente al D.O.:

Si prega di sottoscrivere con firma le seguenti dichiarazioni:

- Mi iscrivo al Women's Health Course - Roma
- Mi impegno a trattare colleghi e pazienti con rispetto e professionalità.
- Ho un'assicurazione professionale.
- Non ho mai ricevuto un reclamo riguardante la mia attività professionale.
- Accetto che potrò ricevere il titolo di studio esclusivamente con una frequenza minima delle lezioni pari al 90%.
- Accetto di versare l'importo non rimborsabile di € 160 per la procedura di iscrizione e colloquio, quale tassa amministrativa.
- Se la mia domanda di ammissione sarà approvata e accetterò l'offerta di partecipare al corso, assicurerò la mia partecipazione versando un acconto di € 1.800 non rimborsabile e non trasferibile.
- Se in un qualsiasi momento dell'anno a lezioni già iniziate, decido di interrompere il corso, dovrò ugualmente corrispondere l'intero importo delle tasse per quell'anno di formazione (€ 3.600)
- Allego una fototessera recente.

Firma: Data:



- Accetto di pagare una tassa amministrativa non rimborsabile di € 160 per registrare la mia domanda di ammissione
- Se la mia domanda di ammissione è approvata e accetto l'offerta, mi impegno a versare un acconto di € 1.800 non rimborsabile e non trasferibile per assicurare la mia partecipazione al corso

COSTI E DATE DEI PAGAMENTI

€ 3.600 per anno di formazione da versare in quattro rate.

Acconto da pagare al momento dell'iscrizione	€ 1.800
Entro il 1° marzo 2025	€ 1.800
Entro il 1° novembre 2025	€ 1.800
Entro il 1° giugno 2026	€ 1.800

Total: € 7.200

I PAGAMENTI SONO DA EFFETTUARE ESCLUSIVAMENTE TRAMITE BONIFICO A:

STARLING BANK

Intestatario: Molinari Academy of Osteopathic Medicine Ltd

Euros conto

IBAN: GB48SRLG60837156293007

SWIFT/BIC: SRLGGB3L

Si prega di utilizzare come causale il proprio nome e WHC - Rome.

Firma: Data:

Si prega di compilare e firmare questo modulo e inviarlo via e-mail a:
corinnejones.mih@gmail.com

Grazie mille!



Women's Health Diploma - Roma Questionario - anno di iscrizione 2025

Nome e cognome:

1 Perché vuoi seguire questo corso?

2 Che esperienza hai nel trattamento delle disfunzioni ginecologiche?

3 In media quanti pazienti ricevi in una settimana?

4 Sul totale dei pazienti settimanali, in che percentuale si tratta di donne con problemi specifici della salute femminile?



5 In quale direzione prevedi che il tuo lavoro si svilupperà nel corso dei prossimi 5 anni?

6 Che esperienza hai con i seguenti approcci: craniosacrale, viscerale, fasciale, strutturale.

Dettaglia la tua esperienza clinica e indica eventuali corsi svolti.

7 C'è altro che vorresti aggiungere alla tua domanda di ammissione?
